



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.



Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e.V.

S3-Leitlinie

Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung

Langversion

Herausgebende Fachgesellschaften:

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)**

und

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)

Fassung vom: 26.11.2025 – Version: 1.0

AWMF-Registernummer: 038-027

DAS DIESER VERÖFFENTLICHUNG ZUGRUNDLIEGENDE PROJEKT WURDE MIT MITTELN DES INNOVATIONSAUSSCHUSSES
BEIM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS UNTER DEM FÖRDERKENNZEICHEN 01VSF21014 GEFÖRDERT.

FORMAL GEPRÜFT DURCH DIE AWMF

Herausgebende

Federführende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)

Ulmenstraße 7

59069 Hamm

Bitte wie folgt zitieren:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht). *S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung, Langversion Version 1.0* (26.11.2025) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-027.html>

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist zuletzt am 26.11.2025 inhaltlich überarbeitet worden. Die Leitlinie ist ab 26.11.2025 für 5 Jahre bis zum 25.11.2030 gültig. Die Gültigkeitsdauer ist abhängig vom eingeschätzten Aktualisierungsbedarf.

Alle Empfehlungen auf einen Blick

Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad
Kapitel 3: Diagnostik, Früherkennung		
1.	Bei Menschen mit einem bekannten riskanten Konsum oder Substanzkonsumstörung, insbesondere von Cannabis oder Stimulanzien, soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach psychotischen Symptomen gefragt werden. Bei entsprechendem Hinweis sollen die Symptome ausführlich einschließlich ihrer zeitlichen Zusammenhänge mit Konsumepisoden exploriert werden, so dass eine differentialdiagnostische Einordnung erfolgen und weitere Schritte abgeleitet werden können. In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	EK ↑↑
2.	Bei Menschen mit einer Psychose (Schizophrenie, Bipolare Störung) soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach Substanzkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Hierzu können gängige Screening Instrumente wie der AUDIT und der DUDIT eingesetzt werden. In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	EK ↑↑ EK ↔ EK ↑↑
Kapitel 4: Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte		
3.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam angeboten werden.	B ↑
4.	Wenn keine integrierte Behandlung möglich ist, dann sollte die parallele oder sequentielle Behandlung mit Koordination (Case Management) zwischen der Psychose- und Suchtbehandlung erfolgen.	EK ↑
5.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann eine sektorübergreifende Behandlung durch dasselbe Behandlungsteam angeboten werden.	O ↔
6.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte der Einbezug von aufsuchenden Elementen in die Behandlung angeboten werden.	B ↑
7.	Menschen mit einer Komorbidität aus Psychose und Substanzkonsumstörung soll eine Behandlung angeboten werden, die mittel- oder langfristig entweder auf Abstinenz oder auf eine klinisch relevante Konsumreduktion hin motiviert. Im klinisch stationären Setting kann eine Abstinenzforderung sinnvoll sein, mit der Folge einer Beendigung des Aufenthalts bei wiederholtem Konsum und anhaltend unzureichender Veränderungsbereitschaft. In solchen Fällen soll in der Regel eine Weiterbehandlung im ambulanten Setting angeboten werden.	EK ↑↑ EK ↔ EK ↑↑
8.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine medizinisch rehabilitative Maßnahme (Sucht-Reha) angeboten werden. Wenn verfügbar, sollte die Sucht-Reha in einer Einrichtung mit Spezialisierung/Fokus auf Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht angeboten werden.	EK ↑
9.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden, wie sie in der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beschrieben sind.	EK ↑↑
Kapitel 5: Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren		
10.	Bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll bei akuten Entzugssymptomen unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen eine pharmakologisch unterstützte Entzugsbehandlung wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Psychose erfolgen.	EK ↑↑
11.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts eine Pharmakotherapie der Psychose wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Suchterkrankung angeboten werden entsprechend der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen.	EK ↑↑
12.	Menschen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollte auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung eine pharmakologische Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation angeboten werden.	B ↑

13.	Bei Menschen mit einer Schizophrenie oder Schizoauffektiven Störung können auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung Depotantipsychotika oder eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Beachtung von möglichen Neben- und Wechselwirkungen erwogen werden.	0 ⇔
14.	In der antipsychotischen Pharmakotherapie von Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoauffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf Suchtdruck und Substanzkonsum Antipsychotika der zweiten Generation der Vorzug gegeben werden.	B ↑
15.	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoauffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Abwägung möglicher Neben- und Wechselwirkungen angeboten werden.	B ↑
16.	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder schizoauffektiven Störung und einer Suchterkrankung kann sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine pharmakologische Langzeitbehandlung mit Depotantipsychotika angeboten werden.	0 ⇔
17.	Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann Menschen mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Bipolare Störung angeboten werden, um Abstinenzchancen zu verbessern oder bei Nichterreichen das Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikationen).	0 ⇔
18.	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoauffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte Naltrexon zur Förderung der Abstinenz angeboten werden.	B ↑
19.	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoauffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Acamprosat zur Förderung der Abstinenz in der Postakutbehandlungsphase angeboten werden.	0 ⇔
20.	Bei Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoauffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Disulfiram zur Erhöhung der Abstinenzraten und zur Reduktion der schweren Trinktage im Rahmen eines psychosozialen Gesamttherapiesettings eingesetzt werden	EK ⇔
21.	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoauffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte eine Kombination von Disulfiram und Naltrexon aufgrund der erhöhten Nebenwirkungs- und Komplikationsraten bei fehlendem Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie nicht angeboten werden.	B ↓
22.	Bei Menschen mit einer amphetamininduzierten Psychose sollten zur Akutbehandlung Antipsychotika eingesetzt werden. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils sollten Antipsychotika der zweiten Generation bevorzugt eingesetzt werden.	B ↑
Kapitel 6: Psychotherapie und psychosoziale Interventionen		
23.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll die Therapie nach einem Gesamtbehandlungsplan unter Berücksichtigung des individuellen Motivationsstadiums für eine Abstinenz oder Konsumreduktion angeboten werden. In diesem Rahmen sollen die einzelnen psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen im längerfristigen Behandlungsverlauf stadiengerecht und möglichst settingübergreifend angeboten werden.	EK ↑↑
24.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation und Psychotherapie angeboten werden, die auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum eingeht.	B ↑
25.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation, möglichst in der Gruppe, angeboten werden, die Wissen über beide Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen vermittelt.	EK ↑
26.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen motivierende Gespräche nach den Prinzipien des Motivational interviewing (MI) mit dem Ziel der Steigerung der Motivation für eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz angeboten werden.	A ↑↑

27.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), vorzugsweise in Ergänzung zu Motivationalen Interventionen, angeboten werden.	B ↑
28.	Menschen mit der Komorbidität Bipolarer Störung und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine kognitive Verhaltenstherapie, vorzugsweise als Gruppentherapie, angeboten werden, die auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Bipolarer Störung und Substanzkonsum eingeht.	B ↑
29.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann Kontingenzmanagement zur Beeinflussung des Konsumverhaltens angeboten werden.	0 ↔
30.	Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Ein Training sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.	A ↑↑ B ↑
31.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll eine Familienintervention im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. Sie sollte vorzugsweise spezifisch auf die Doppeldiagnose ausgerichtet sein.	A ↑↑ B ↑
32.	Menschen mit Psychose und Sucht, die im Rahmen der Psychose Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse aufweisen (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen), soll Kognitive Remediation angeboten werden.	A ↑↑
33.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sozialarbeiterische Interventionen und Begleitung individuell angeboten werden.	EK ↑↑
34.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und deren Angehörigen und Zugehörigen sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen werden. Wenn verfügbar, sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe mit dem Schwerpunkt auf der Doppeldiagnose Psychose und Sucht empfohlen werden.	EK ↑
35.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten komplexe Therapieprogramme mit mehreren Therapieelementen angeboten und individuell auf die Betroffenen angepasst werden. Die Gesamtdauer sollte mindestens sechs Monate betragen und die einzelnen Therapieelemente sollten stadiengerecht aufeinander folgen und wenn möglich auch Angehörige einbeziehen.	B ↑
36.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht können im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans therapeutisch begleitete, wissenschaftlich evaluierte Internet- oder technologiebasierte Therapieelemente (kognitives Training, Psychoedukation, motivierende Interventionen) angeboten werden.	0 ↔
Kapitel 7: Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen		
37.	Bei einem Erregungszustand mit psychotischen und/oder maniformen Symptomen und bei diagnostischer Unsicherheit (unmittelbare Substanzwirkung im Sinne einer Intoxikation vs. substanzinduzierte Psychose vs. Komorbidität Substanzkonsumstörung und Psychose) soll eine strukturierte Ursachenklärung erfolgen. Diese sollte Anamnese, körperliche Untersuchung, Drogenscreening, Fremdanamnese und klinische Verhaltensbeobachtung umfassen. Bis zum Abschluss der Ursachenklärung soll ein klinisches Management ohne Pharmakotherapie angestrebt werden (Verbringen in eine reizreduzierte Umgebung, klinische Überwachung möglichst mit personeller Konstanz, Versuch einer beruhigenden Gesprächsführung: „talking down“). Wenn dies nicht möglich ist oder sich nicht als erfolgreich erweist und der klinische Zustand ein weiteres Abwarten kritisch erscheinen lässt, kann eine medikamentöse Akutintervention mit einem Benzodiazepin und/oder einem Antipsychotikum eingesetzt werden Dabei sollen die möglichen Vorteile und Risiken einer Nicht-Medikation und einer Medikation gegeneinander abgewogen werden.	EK ↑↑ EK ↑ EK ↑↑ EK ↔ EK ↑↑
38.	Jugendlichen mit komorbider psychotischer Störung oder bipolar-affektiver Störung und einer substanzbezogenen Störung sollte eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung angeboten werden, die (Kinder- und Jugend-)psychiatrische und -psychotherapeutische, suchttherapeutische und psychosoziale Komponenten kombiniert. Diese Versorgung sollte niedrigschwellig, koordiniert und familienorientiert erfolgen und mindestens 12 Monate kontinuierlich verfügbar sein.	EK ↑
39.	Menschen im Alter von 12 bis 21 Jahren mit einer akuten manischen oder gemischten Episode bei Bipolar I Störung und komorbider Cannabisabhängigkeit kann Topiramamat in Kombination mit	0 ↔

	Quetiapin im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit motivierenden und kognitiv- verhaltens-therapeutischen Elementen angeboten werden, sofern eine sorgfältige individuelle Indikationsstellung erfolgt und eine engmaschige somatische Überwachung sichergestellt ist. Dabei handelt es sich um einen Off-label use.	
40.	Menschen mit einer substanzbezogenen Störung und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen bzw. bipolar-affektiven Störung sollte eine psychotherapeutische Intervention angeboten werden, die kognitive Verhaltenstherapie und motivierende Gesprächsführung integriert.	B ↑
41.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und Wohnungslosigkeit sollte beratende Unterstützung bei der Wohnraumsuche angeboten werden und bezüglich der Entscheidung zu Housing First sollten Vor- und Nachteile individuell abgewogen werden.	B ↑
42.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die wohnungslos sind, sollten die gleichen Interventionen, wie in Kapitel 4 Empfehlung 3 dargestellt (integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam) angeboten werden.	B ↑
43.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten niedrigschwellige, aufsuchende und bedarfsadaptierte Beratungs- und Behandlungsangebote gemacht werden, auch zur Prävention von Fremdgefährdung.	EK ↑
44.	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten bei Versorgung in forensischen Abteilungen spezialisierte, integrierte und multiprofessionelle Komplexbehandlungsleistungen für beide Erkrankungsbereiche angeboten werden. Es sollte auf die Besonderheiten durch die Zusammenhänge der beiden Störungsbilder eingegangen werden.	EK ↑

Inhalt

1	Geltungsbereich und Zweck.....	10
1.1	Zielsetzung, Relevanz und Fragestellung.....	10
1.2	Patient*innenzielgruppe	11
1.3	Versorgungsbereich.....	12
1.4	Adressat*innen.....	12
1.5	Verweise auf andere Leitlinien	12
1.6	Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie	13
1.7	Methodische Grundlagen.....	13
1.8	Literaturverzeichnis.....	13
2	Allgemeine Grundlagen	15
2.1	Epidemiologie	15
2.2	Erklärungsmodelle.....	15
2.3	Verlauf und Prognose; Relevanz für Versorgung und soziales Umfeld.....	17
2.4	Literaturverzeichnis.....	18
3	Diagnostik, Früherkennung.....	21
3.1	Grundlagen	21
3.1.1	Substanzinduzierte psychotische Störung.....	22
3.2	Diagnostische Standards, Früherkennung, psychometrische Instrumente	25
3.3	Literaturverzeichnis.....	28
4	Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte	30
4.1	Versorgungssystem, Behandlungssettings.....	30
4.2	Versorgungsmodelle, Behandlungsprinzipien und -ziele	31
4.3	Rehabilitation	41
4.4	Prävention 43	
4.5	Literaturverzeichnis.....	43
5	Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren	46
5.1	Pharmakotherapie.....	46
5.1.1	Akuttherapie bei Entzugssymptomen	46
5.1.2	Antipsychotische Pharmakotherapie	47
5.1.3	Einsatz von Stimmungsstabilisierern.....	60

5.1.4	Therapie zur Verhütung von Konsumrückfällen und Konsumreduktion.....	61
5.1.5	Pharmakotherapie bei Substanzinduzierten Psychosen	68
5.2	Andere somatische Verfahren.....	70
5.3	Literaturverzeichnis.....	70
6	Psychotherapie und psychosoziale Interventionen.....	75
6.1	Psychoedukation	80
6.2	Motivationale Interventionen/Motivational Interviewing.....	81
6.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	84
6.3.1	Kognitive Verhaltenstherapie.....	86
6.3.2	Kontingenzmanagement	92
6.3.3	Training sozialer Fertigkeiten	95
6.4	Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen	96
6.5	Kognitive Remediation	101
6.6	Ergotherapie	103
6.7	Künstlerische Therapien.....	104
6.8	Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze.....	106
6.9	Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie	107
6.10	Selbsthilfe, Genesungsbegleitung	108
6.11	Komplexe Therapieprogramme.....	110
6.12	Internet-/ Technologiebasierte Therapien.....	115
6.13	Literaturverzeichnis.....	118
7	Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen.....	127
7.1	Erregungszustände/Aggressivität.....	127
7.1.1	Pharmakologische Therapieoptionen	129
7.2	Somatische Komorbiditäten.....	134
7.3	Jugendalter	135
7.4	Ersterkrankte	138
7.5	Höheres Lebensalter	142
7.6	Geschlechtsspezifische Aspekte	143
7.7	Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit.....	146
7.8	Behandlung im forensischen Setting.....	150
7.9	Literaturverzeichnis.....	153

8	Qualitätssicherung	161
8.1	Allgemeines	161
8.2	Mögliche Qualitätsmerkmale für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht	162
8.3	Literaturverzeichnis	165
9	Wichtige Forschungsfragen	168
10	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	172
10.1	Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in	172
10.2	Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	172
10.3	Patient*innen/Bürger*innenbeteiligung	178
10.4	Methodische Begleitung	179
11	Verwendete Abkürzungen	180

1 Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung, Relevanz und Fragestellung

Die vorliegende evidenz- und konsensbasierte Leitlinie behandelt die Themen Diagnostik, Therapie und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung. In diesem Kontext werden auch zeitlich limitierte substanzinduzierte psychotische Störungen und ihre Abgrenzung von anderen Psychosen bei Substanzkonsument*innen einschließlich der differentialtherapeutischen Implikationen adressiert. Schließlich werden Aspekte der Prävention und Früherkennung von Psychosen bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen sowie der Prävention und Früherkennung von substanzbezogenen Störungen bei Menschen mit Psychosen behandelt.

Die Gruppe der Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung („Doppeldiagnose“) ist für die Versorgung bedeutsam. Die besondere Relevanz ergibt sich aus der großen Anzahl der Betroffenen (s. Abschnitt 4.1 „Epidemiologie“), ihrer häufig komplexen und umfangreichen Versorgungsbedarfe und dem hohen Anteil von ungünstigen Krankheitsverläufen mit Chronifizierung, schlechten soziotherapeutischen Ergebnissen bis hin zur sozialen Marginalisierung bei hohen direkten und indirekten Kosten. Im Sinne einer adäquaten Behandlung und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung müssen Integration, individuelle Adaptation und Gewichtung von Elementen aus der alltagspsychiatrischen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe erfolgen. Dieses Erfordernis der Integration/Koordination der Hilfen stößt in der Praxis regelhaft an Grenzen. Aufgrund der negativen Erfahrungen entwickelt sich bei den Professionellen häufig ein therapeutischer Nihilismus, der sich seinerseits negativ auf die Qualität und die Erfolgchancen der Behandlung auswirken dürfte (s. Abschnitt 4.3 „Verlauf und Prognose; Relevanz für Versorgung und soziales Umfeld“).

Ziel der vorliegenden Leitlinie ist es, eine systematisch entwickelte Hilfe für den Berufsalltag aller professionellen Gruppen zu entwickeln, die mit der Beratung, Behandlung und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung befasst sind. Die Leitlinie soll auch eine Hilfe für den Berufsalltag aller professionellen Gruppen sein, die mit der Beratung, Behandlung und Versorgung von Menschen befasst sind, die bei einer bestehenden Psychose oder einer Suchterkrankung ein hohes Risiko für die Entwicklung einer entsprechenden Komorbidität haben. Die Leitlinie soll die Basis für eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse und damit der klinischen Ergebnisse schaffen. Dabei betrifft der therapeutische Aspekt sowohl kurative als auch medizinisch und sozial rehabilitative Versorgungsbereiche. Die Leitlinie soll dazu beitragen, dass der verbreitete therapeutische Nihilismus überwunden wird und einer realistischen, vorsichtig-optimistischen und motivierenden Haltung den Betroffenen gegenüber weicht.

Eine leitliniengerechte Versorgung kann zu einer Verminderung der Krankheitslast und einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen führen. Durch die Vermeidung einer übermäßigen und ineffektiven Nutzung von Notfall- und stationären Einrichtungen („Heavy Use“; „Drehtüreffekte“) sowie durch eine Verringerung somatischer und sozialer Folgekosten sind auch eine erhöhte Zweckmäßigkeit und Kostenersparnis zu erwarten.

1.2 Patient*innenzielgruppe

Die Leitlinie fokussiert auf die Besonderheiten der Versorgung von Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung. Bezüglich der Psychosen bezieht sich die Leitlinie sowohl auf die Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (Kapitel F2 der Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)-10; F20-29) als auch auf manische und Bipolare affektive Störungen (ICD-10 F30/31). In diesem Sinne verwendet die Leitlinie einen breiten Psychosebegriff (Gaebel & Zielasek, 2015), lässt aber die unipolaren affektiven Störungen außer Acht, obwohl auch diese mit psychotischen Symptomen einhergehen können. Schwere unipolare Depressionen mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3, F33.3) werden nicht betrachtet, da bei ihnen komorbide substanzbezogene Störungen keine wesentliche Rolle spielen. Organisch bedingte Psychosen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10 F06.0-F06.3) werden in dieser Leitlinie ebenfalls nicht behandelt, da auch bei ihnen die Komorbidität mit substanzbezogenen Störungen klinisch eine nur untergeordnete Rolle spielt.

Im Bereich der Suchterkrankungen werden die Erkrankungsgruppen des Kapitels F1 der ICD-10 eingeschlossen mit einer Ausnahme: obwohl sie durchaus eine hohe Relevanz aufweisen werden Störungen durch Tabak (ICD-10 F17) in der vorliegenden Leitlinie nicht behandelt, da sie aktuell in der zweiten Revision der S3-Leitlinie Schizophrenie berücksichtigt werden. Das Ziel ist, Redundanzen zwischen den Leitlinien zu vermeiden.

Für die Definition der Komorbidität einer Psychose (ICD-10 F2x.x oder F31) und einer substanzbezogenen Störung (ICD-10 F1x.x) spielt es in vorliegender Leitlinie keine Rolle, welche der beiden Störungen sich als erste manifestierte oder klinisch diagnostiziert/behandelt wurde. Hinsichtlich der Komorbiditätsdefinition ist für die Leitlinie unerheblich, ob die klinische Symptomatik der Psychose und die Suchtmittelabhängigkeit simultan oder konsekutiv bestanden oder bestehen. In diesem Sinne wird auch nicht versucht, eine Unterscheidung in eine primäre und eine sekundäre Störung vorzunehmen. Die Vorstellungen zu den Zusammenhängen zwischen den beiden Störungen werden als Hintergrund bzw. als Modelle zur Erklärung der Komorbidität berücksichtigt (s. Abschnitt 4.2 „Erklärungsmodelle“) und sie spielen bei bestimmten psychotherapeutischen und psychoedukativen Ansätzen eine gewisse Rolle. Sie haben jedoch für die grundlegende diagnostische Einordnung und Berücksichtigung in der Leitlinie nur eine untergeordnete Bedeutung.

Neben der Zielgruppe der Menschen mit der Komorbidität einer Psychose (ICD-10 F2x.x oder F31) und einer substanzbezogenen Störung (ICD-10 F1x.x) adressiert die Leitlinie auch die zeitlich limitierten psychotischen Störungen, die durch den Konsum verschiedener psychotroper Substanzen induziert werden und die bei Abstinenz remittieren (ICD-10 F1x.03, F1x.03, F1x.5). An erster Stelle sind die cannabis- und stimulanzeninduzierten Psychosen klinisch bedeutsam und versorgungsrelevant (ICD-10 F12.5, F15.5), an zweiter Stelle die alkoholinduzierten Psychosen wie die Alkoholhalluzinose (ICD-10 F10.52). Die versorgungsrelevanten Aspekte der Differenzialdiagnose und Differenzialtherapie bei substanzinduzierten Psychosen (ICD-10 F1x.5) im Vergleich zur Komorbidität einer Psychose mit einer substanzbezogenen Störung (ICD-10 F2x.x oder F31 und F1x.x) sowie die Voraussetzungen für einen Diagnosewechsel im Verlauf werden adressiert. Weitere Formen von Psychosen, die durch andere Substanzen und Medikamente (z.B. bestimmte Antibiotika oder Cortison) induziert werden, werden in der vorliegenden Leitlinie nicht behandelt.

1.3 Versorgungsbereich

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich auf alle Behandlungs- und Versorgungsbereiche. Sie adressiert in erster Linie die ambulante, stationäre oder teilstationäre und settingübergreifende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, sie macht aber auch Angaben zur primärärztlichen Versorgung und zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation (Reha) sowie zu besonderen Bereichen wie der forensischen Behandlung.

1.4 Adressat*innen

Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen, die bei der Behandlung und Betreuung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht oder mit einer substanzinduzierten Psychose in den verschiedenen Versorgungsbereichen beteiligt sind. Es handelt sich um Ärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzt*innen für Nervenheilkunde, (Psychologische und Ärztliche) Psychotherapeut*innen, Suchttherapeut*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen, Ergotherapeut*innen und Künstlerische Therapeut*innen. Die Leitlinie dient darüber hinaus zur Information für Allgemeinärzt*innen und Sport- und Bewegungstherapeut*innen. Sie kann Betroffenen, Angehörigen und weiteren Personen aus dem engen sozialen Umfeld der Betroffenen als Informationsquelle dienen. Weitere Adressat*innen der Leitlinie sind Entscheidungs- und Kostenträger*innen im Gesundheitswesen.

1.5 Verweise auf andere Leitlinien

Die Leitlinie befasst sich in erster Linie mit der Komplexität der Versorgung von Menschen, die sowohl eine substanzbezogene Störung als auch eine Psychose im Sinne des Abschnitts 3.2 „Patient*innenzielgruppe“ aufweisen (Psychose aus der Gruppe der Schizophrenien oder Bipolare Störung). Es werden ausschließlich Fragestellungen bearbeitet, die sich auf die Komorbidität beziehen, und nicht Fragestellungen zu den einzelnen Erkrankungsbereichen. Insofern gibt es Verbindungen zu folgenden diagnosespezifischen und themenverwandten S3-Leitlinien:

- S3-Leitlinie Schizophrenie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Registernummer 038-009; Stand Oktober 2025; DGPPN, 2025b),
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (AWMF-Registernummer 038-019; Stand: Februar 2019; aktuell in Überarbeitung, DGBS & DGPPN, 2019),
- S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (AWMF-Registernummer 076-001; Stand: Januar 2021; aktuell in Überarbeitung, DGPPN & DG-Sucht, 2020),
- S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (Stand 2016, Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016) und
- S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen (AWMF-Registernummer 076-005; Stand: 2025, DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025)

Die genannten Leitlinien greifen teilweise einzelne Aspekte der Komorbidität auf, sie behandeln sie jedoch nicht in ausreichender Tiefe. Diese Einschätzung deckt sich mit einer aktuellen Analyse internationaler Leitlinien (Alsuhaibani et al., 2021). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung der aktuellen Leitlinie zum klinisch bedeutsamen Problembereich der Komorbidität.

Darüber hinaus bestehen folgende diagnoseübergreifenden, themenverwandten Leitlinien:

- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Registernummer 038-020; Stand: Dezember 2025; DGPPN, 2025a), und
- S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (AWMF-Registernummer 038-022; Stand: Februar 2018; aktuell in Überarbeitung, DGPPN, 2018)
- S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie (AWMF-Registernummer 038-023; Stand: April 2019; aktuell in Überarbeitung, DGPPN, 2019)

1.6 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

- Leitlinienreport, inklusive GRADE-Profile, Zusammenfassung der Interessenerklärungen sowie Angaben zur Bewertung und Umgang hiermit (s. AWMF-Leitlinienregister: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-027>)
- Kurzversion (s. AWMF-Leitlinienregister: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-027>)
- Zusätzlich ist die Leitlinie als digitales Leitlinienformat in der MAGICapp über den folgenden Link abrufbar: <https://app.magicapp.org/#/guideline/6877>

1.7 Methodische Grundlagen

Die Methodik der Leitlinienentwicklung basiert auf dem AWMF-Regelwerk Leitlinien Version 2.1 (AWMF, 2023). Zudem wurde die GRADE-Methodik angewandt (Langer et al., 2012). Folgende methodische Schritte wurden durchgeführt und werden im Leitlinienreport detailliert beschrieben:

- Erstellung von PICO-Fragen und Priorisierung der Outcomes
- Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz
- Zusammenfassung und Bewertung der Evidenz nach der Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)-Methodik und Empfehlungsgraduierung
- Empfehlungsformulierung und Festlegung der Empfehlungsstärke in Anlehnung an das *Evidence to Decision (EtD)-Framework* („Evidenz zur Entscheidung“)
- Formulierung/Kennzeichnung von Empfehlungen ohne Evidenz als Expert*innenkonsens (EK)
- Strukturierte Konsensfindung und Feststellung der Konsensstärke

1.8 Literaturverzeichnis

Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.1 2023. Verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/> (Zugriffsdatum 15.09.2023)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie zur

- Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Version 2.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht). (2025). S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen. Version 2.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Version 2.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-023> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version 3.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2016). S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen. Verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel>
- Langer, G., Meerpohl, J. J., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 1. Einführung - GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen [GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(5), 357–368. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.05.017>

2 Allgemeine Grundlagen

2.1 Epidemiologie

Menschen mit Psychosen und bipolaren Störungen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Störungen, wie z.B. Depression oder Angststörungen, deutlich häufiger eine begleitende Suchtproblematik. Die Ergebnisse zwischen den Studien variieren: Bei epidemiologischen Studien wird eine Lebenszeitprävalenz für Substanzkonsumstörungen von bis zu knapp 50 % bei Menschen mit Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien und von über 50 % bei Menschen mit Bipolaren Störungen berichtet, während die 6- oder 12-Monats-Prävalenz ca. 20 bis 30 % beträgt. Bei retrospektiven Studien mit Routinedaten werden Komorbiditätsraten von ca. 20 bis 40 % berichtet. Diese hohen Prävalenzraten zeigen sich sowohl in frühen US-amerikanischen als auch in neueren US-amerikanischen und europäischen Studien (Regier et al., 1990; Drake & Mueser, 2000; Merikangas et al., 2007; Schnell et al., 2010; Carra et al., 2012; Nesvag et al., 2015; Toftdahl et al., 2016; Hunt et al., 2016, 2018; Strålin & Hetta, 2021). Am häufigsten sind Störungen durch Cannabis, Alkohol und Stimulanzien (Schnell et al., 2010; Hunt et al., 2016). Die hohe Komorbidität mit substanzbezogenen Störungen zeigt sich nicht erst im Verlauf, sondern bereits bei jungen Menschen bei der Erstmanifestation der psychotischen Störung (DiForti et al., 2015; Brunette et al., 2018; Strålin & Hetta, 2021).

Neben dem jüngeren Alter sind bei Menschen mit Psychosen auch männliches Geschlecht, niedrigeres Bildungsniveau, Ledigsein, Impulsivität und *sensation seeking* mit einer häufigeren Komorbidität mit Suchterkrankungen assoziiert (Drake & Mueser, 2000; Toftdahl et al., 2016). Hierbei handelt es sich um dieselben soziodemographischen Merkmale, die auch in der Allgemeinbevölkerung die stärksten Prädiktoren für das Auftreten einer Substanzkonsumstörung sind.

2.2 Erklärungsmodelle

Grundsätzlich sind drei Grundmodelle zur Erklärung der hohen Komorbidität zwischen Psychosen und Suchterkrankungen denkbar. Jedes der drei Modelle kann wiederum mehrere Variationen bzw. Facetten aufweisen (Übersicht in Gouzoulis-Mayfrank, 2019).

Nach dem ersten Grundmodell wird das Risiko für eine Suchtentwicklung durch die Psychose erhöht. Nach der **Selbstmedikationshypothese** stellt das Suchtverhalten eine Reaktion bzw. einen ungünstigen Copingversuch auf direkte Symptome oder indirekte Auswirkungen der Psychose dar, so dass bestimmte Substanzen mit ihrem besonderen psychotropen Profil bei bzw. gegen bestimmte Krankheitssymptome bzw. Beschwerden oder gegen Nebenwirkungen der Medikation konsumiert werden. Nach dem **Affektregulationsmodell** sind es die gleichen oder ähnlichen überdauernden Persönlichkeitsdimensionen und -eigenschaften, die bei primär gesunden *und* bei Menschen mit Psychose zur Entwicklung eines schädlichen Substanzkonsums prädisponieren: Neigung zu negativen Affekten und Neurotizismus sowie starke Impulsivität und Disinhibition. Diese Eigenschaften interagieren mit psychosozialen Stress und begünstigen insbesondere bei Problemlösedefiziten und bei maladaptiven Copingstrategien die Entwicklung eines schädlichen Substanzkonsums als Coping gegen den negativen affektiven Zustand oder auch um eine positive Stimmung zu induzieren. Bei der **social drift Hypothese** wird der schädliche Substanzkonsum bei Menschen mit Psychose durch soziale Faktoren begünstigt.

Beim zweiten Grundmodell ist die Kausalitätskette umgekehrt: Der Substanzkonsum trägt zur Manifestation einer (sekundären) psychotischen Störung bei oder er vermag sogar die Psychose zu induzieren. Dieses Modell bezieht sich insbesondere auf den Konsum von Cannabis und Stimulanzien und es wird stärker als die anderen Modelle durch Evidenz aus prospektiven epidemiologischen Studien sowie aus neueren Registerstudien gestützt: Der Substanzkonsum induziert nicht nur zeitlich limitierte Psychosen, die bei Abstinenz langfristig remittieren, sondern er vermag bei einer entsprechenden erhöhten biologischen Vulnerabilität den Ausbruch einer Psychose, die im weiteren Verlauf auch ohne Fortführung des Konsums länger andauern und rezidivieren kann, zu triggern bzw. zu beschleunigen. Diese Annahme ist kompatibel mit dem mehrfach replizierten Befund, dass Menschen mit der Komorbidität Psychose und substanz-, insbesondere cannabisbezogene, Störungen, bei der Erstmanifestation der Psychose durchschnittlich jünger sind als Menschen mit Psychose, die keinen Substanzkonsum betreiben. Damit verwandt ist auch das **Supersensitivitätsmodell**, welches von Beobachtungen ausgeht, wonach Menschen mit Psychosen bei relativ geringen Mengen von Stimulanzien psychotische Symptome entwickeln bzw. ein Rezidiv der Psychose erleben. Das Modell setzt zwar eine primäre Vulnerabilität für eine Psychose voraus, andererseits impliziert es aber auch negative Einflüsse des Konsums auf die Psychose und ihren Verlauf. Somit nimmt es eine Zwischenposition zwischen den beiden Grundmodellen der sekundären Suchtentwicklung und der sekundären Psychoseentwicklung oder -induktion ein.

Das dritte Grundmodell sieht schließlich einen oder mehrere **gemeinsame ätiologische Faktoren**, die sowohl für die Psychose als auch für die Suchtentwicklung prädisponieren. Als mögliche gemeinsame Prädispositionen werden genetische Faktoren, eine Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems und antisoziale Persönlichkeitszüge diskutiert, allerdings ohne überzeugende Evidenz aus Grundlagen- oder aus epidemiologischen Studien.

Jedes Modell weist seine Stärken und Schwächen auf. Bei einzelnen Betroffenen kann der Selbstmedikations- oder Affektregulationsaspekt im Vordergrund stehen, während bei anderen aus der Vorgeschichte die Induktion der Psychose durch den Substanzkonsum sehr wahrscheinlich erscheint. Es ist vorstellbar, dass das eine Modell besser auf eine und das andere Modell besser auf andere Untergruppen von Betroffenen passt. Schließlich ist es vorstellbar und plausibel, dass individuell eine Kombination aus Mechanismen der verschiedenen Modelle ätiogenetisch und pathophysiologisch wirksam sein kann. So wäre in einem **bidirektionalen Modell** vorstellbar, dass ein Substanzmissbrauch sich primär als ungünstiger Copingversuch bei vulnerablen Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit uncharakteristischen Prodromalsymptomen der Psychose, emotionalen Problemen und defizitären Problemlöseressourcen entwickelt, dass aber in der Folge der Substanzkonsum den Ausbruch der Psychose weiter begünstigt bzw. beschleunigt, sofern es sich um Drogen wie Cannabis und Stimulanzien handelt. Durch eine detaillierte Anamneseerhebung und längere Verlaufsbeobachtung wird es bis zu einem gewissen Grad möglich sein, die Gewichtung der genannten Faktoren im individuellen Fall abzuschätzen. Dies könnte für die Aufklärung der Betroffenen und die personenzentrierte Planung der Interventionen bedeutsam sein. Letztlich kann aber diese Gewichtung nie sicher sein. Aus diesem Grund ist es verständlich, dass sich in der Literatur die neutralen Begriffe *Komorbidität* und *Doppeldiagnose (Dual Diagnosis)* durchgesetzt haben. Diese bedeuten lediglich das Bestehen beider Störungen und verzichten vollständig auf die Implikation eines bestimmten ätiologischen Zusammenhanges.

2.3 Verlauf und Prognose; Relevanz für Versorgung und soziales Umfeld

Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht weisen häufig eine eingeschränkte Therapieadhärenz auf und sie haben durchschnittlich ungünstigere Krankheitsverläufe, häufigere Rezidive und mehr stationäre Behandlungen im Vergleich zu Menschen mit Psychose ohne eine Suchtkomorbidität. Dies gilt sowohl für Menschen mit Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien als auch für Menschen mit Bipolaren affektiven Störungen. Bei häufig hohem Ressourcenverbrauch (sog. „Dreh­türpatient*innen“, „Heavy User“) besteht eine Tendenz zur Chronifizierung mit schlechten sozio­rehabilitativen Versorgungsergebnissen und erheblichen sozialen Problemen wie Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Gesetzeskonflikte und Gewaltdelikte, die zu Inhaftierungen und forensischen Maßnahmen führen (Mueser et al., 2000; Schoeler et al., 2016; Gouzoulis-Mayfrank, 2019). Hierzu passt, dass bei Menschen mit Psychosen, die sich in Gefängnissen oder forensisch-psychiatrischen Einrichtungen befinden, eine sehr hohe Lebenszeitprävalenz von Substanzkonsumstörungen findet, von ca. 50 bis 90 % in Gefängnispopulationen und ca. 75 % in der forensischen Psychiatrie (Regier et al., 1990; Kutscher et al., 2009; Kivimies et al., 2012; Patterson et al., 2021; Baranyi et al., 2022; Favril et al., 2024). Im Rahmen ihrer sozialen Marginalisierung werden die Betroffenen zudem auch selbst gehäuft Opfer von Gewalt und anderen Delikten (De Waal et al., 2017). Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht entsprechen besonders häufig den Kriterien für eine schwere, persistierende psychische Störung (Severe Mental Illness (SMI); Gühne et al., 2015). Sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten der Komorbidität sind erheblich. Menschen mit Doppeldiagnosen werden als „schwierig“ bzw. „schwer behandelbar“ stigmatisiert und bei den Professionellen entwickelt sich häufig ein therapeutischer Nihilismus, der sich seinerseits ungünstig auf Behandlung und Prognose auswirken dürfte (Schnell, 2014).

Zudem wird durch die Komorbidität auch die somatische Gesundheit und Versorgung der Betroffenen ungünstig beeinflusst. Epidemiologische und Registerstudien haben gezeigt, dass die ohnehin erhöhte Mortalität von Menschen mit einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien durch eine komorbide Substanzabhängigkeit weiter gesteigert wird (Lähtenvuo et al., 2021; Correll et al., 2022).

Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht haben einen hohen Bedarf an individuell angepassten Versorgungsformen mit einer Integration von Elementen aus der Allgemeinpsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe. Als ideal gilt die Behandlung durch eine/n Behandelnde/n oder ein Team, das über Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung beider Störungen verfügt und in der Lage ist, stützend-fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrischen Krankenversorgung mit auf Eigenverantwortung setzenden suchtherapeutischen Ansätzen und evidenzbasierten Interventionen zu kombinieren, aufeinander anzupassen und flexibel zu gewichten (DGPPN, 2025b; DGPPN & DG-Sucht, 2020). Nach klinischer Erfahrung/Expert*innenmeinung fallen die Betroffenen ohne diese Integration oder Versorgungs­koordination und intersektorale Abstimmung zwischen Suchteinrichtungen und Allgemeinpsychiatrie leicht „durch die Maschen“ der Versorgungssysteme. Welcher Grad bzw. welche Form der Integration von Behandlungsangeboten genau angestrebt werden sollte, lässt sich allerdings aufgrund der vorliegenden Evidenz nicht mit Sicherheit entscheiden, obwohl international viele Studien in diesem Bereich vorliegen (Hunt et al., 2019; Sweileh, 2024). Verbindliche Standards hinsichtlich der Integration der Behandlungselemente bzw. der Versorgungs­koordination und intersektoraler Abstimmung liegen bislang weder für die medizinisch-therapeutische noch für die rehabilitative Versorgung

von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht vor. Nach Einschätzung der Leitlinien-gruppe dürfte eine integrierte oder koordinierte Behandlung im deutschen Versorgungssystem nicht die Regel sondern eher die Ausnahme sein.

Weiter erschwert wird die medizinisch-kurative und rehabilitative Versorgung der Betroffenen durch die Notwendigkeit des Einbezugs verschiedener Kostenträger und Leistungsträger aus den Rechtsbe-reichen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, wodurch es zu weiteren Schnittstellenproblemen kommt. Auch hier besteht ein hoher Koordinierungsbedarf zwischen kurativem und rehabilitativem Versorgungsbereich, der in der Praxis erfahrungsgemäß nur unzureichend erfolgt. Schließlich bestehen aufgrund der häufig bereits in der Adoleszenz beginnenden Erkrankung auch Fragen der Transitions-psychiatrie zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

Neben dem professionellen Hilfesystem können vor allem die Familie und andere nahestehende Be-zugspersonen eine wichtige Ressource in der Behandlung und Versorgung der Betroffenen sein. Aller-dings darf nicht übersehen werden, dass die häusliche Lebenssituation psychotisch erkrankter und zu-gleich von einer Suchterkrankung betroffener Menschen erheblich belastet ist und es häufig zu starken Spannungen und letztlich zum Kontaktabbruch zwischen Betroffenen und den ihnen nahestehenden Personen kommt. Eine proaktive, frühzeitige Erfassung und Adressierung von Unterstützungsbedarfen der Familie und anderer Bezugspersonen durch die Fachkräfte im Versorgungssystem könnte sowohl für die Familienangehörigen und andere Bezugspersonen als auch für die Betroffenen selbst wichtig sein.

2.4 Literaturverzeichnis

- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e557–e568. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00093-7)
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., Babbin, S., Meyer-Kalos, P., Rosenheck, R., Correll, C. U., Cather, C., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Penn, D. L., Addington, J., Estroff, S. E., Gottlieb, J., Glynn, S. M., Marcy, P., Robinson, J., & Kane, J. M. (2018). Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 194, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.039>
- Carra, G., Johnson, S., Bebbington, P., et al. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(7), 607–616. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0293-7>
- Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., et al. (2022). Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21(2), 248–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- De Waal, M. M., Dekker, J. J. M., & Goudriaan, A. E. (2017). Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(2), 119–123. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1274067>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version 3.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Di Forti, M., Marconi, A., Carra, E., Fraietta, S., Trotta, A., Bonomo, M., Bianconi, F., Gardner-Sood, P., O'Connor, J., Russo, M., Stilo, S. A., Marques, T. R., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., David, A. S., Gaughran, F., Atakan, Z., Iyegbe, C., Powell, J., ... Murray, R. M. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *The lancet. Psychiatry*, 2(3), 233–238. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00117-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00117-5)
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 105–118. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
- Favril, L., Rich, J. D., Hard, J., & Fazel, S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 9(4), e250–e260. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9)
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019). Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. In M. Walter & E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2., erw. u. aktual. Aufl., S. 103–117). Kohlhammer.
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J., & Riedel-Heller, S. G. (2015). How many people in Germany are seriously mentally ill? *Psychiatrische Praxis*, 42(8), 415–423. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552715>
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M., & Sitharthan, T. (2016). Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 321–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.051>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.005>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2012). The substance use among forensic psychiatric patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3), 273–277. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.643972>
- Kutscher, S., Schiffer, B., & Seifert, D. (2009). Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB) Nordrhein-Westfalens – Entwicklungen und Patientencharakteristika. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 77(2), 91–96. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109080>
- Lähteenvuo, M., Batalla, A., Luykx, J. J., et al. (2021). Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/acps.13291>
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National

- Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Jr., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 179–192.
- Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høy, A., Ystrom, E., Surén, P., Reneflot, A., Mørland, J., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., & Stoltenberg, C. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: A registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1267–1276. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1025-2>
- Patterson, A., Sonnweber, M., Lau, S., et al. (2021). Schizophrenia and substance use disorder: Characteristics of coexisting issues in a forensic setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108850. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108850>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
- Schnell T. (2014). Klinische Prognose schizophrener Patienten mit Cannabisabhängigkeit. Zwischen Nihilismus und Hoffnung [Clinical prognosis of schizophrenic patients with cannabis addiction. Between nihilism and hope]. *Der Nervenarzt*, 85(9), 1084–1092. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3926-1>
- Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010). Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht Klinisch-epidemiologische Ergebnisse aus verschiedenen Behandlungssettings in einer deutschen Grossstadt [Prevalence of psychosis/substance abuse comorbidity. Clinical-epidemiological findings from different treatment settings in a large German city]. *Der Nervenarzt*, 81(3), 323–328. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2862-6>
- Schoeler, T., Monk, A., Sami, M. B., Klamerus, E., Foglia, E., Brown, R., Camuri, G., Altamura, A. C., Murray, R., & Bhattacharyya, S. (2016). Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(3), 215–225. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00363-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00363-6)
- Strålin, P., & Hetta, J. (2021). First episode psychosis: register-based study of comorbid psychiatric disorders and medications before and after. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 271(2), 303–313. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01139-6>
- Sweileh W. M. (2024). Research landscape analysis on dual diagnosis of substance use and mental health disorders: key contributors, research hotspots, and emerging research topics. *Annals of general psychiatry*, 23(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00517-x>
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 129–140. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1104-4>

3 Diagnostik, Früherkennung

3.1 Grundlagen

Die Komplexität, die bei der Beziehung zwischen Substanzkonsumstörungen und anderen psychischen Störungen, insbes. Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien und bipolar affektiven Störungen, besteht, bringt große diagnostische und klinische Herausforderungen mit sich (Szerman et al., 2022). Unterschiedliche theoretische Ansätze sowie die vielschichtigen und weit verbreiteten klinischen Zustände der Komorbidität, auch in Risikostadien einer Psychose, erschweren die Früherkennung, Diagnostik und frühzeitige Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen (Solmi et al., 2023). Im klinischen Alltag fällt es häufig schwer festzustellen, welche der Diagnosen zuerst bestand und welche sich später entwickelte. Allein die Reihenfolge des Auftretens der Störungen reicht allerdings ohnehin nicht aus, um die ätiologischen Zusammenhänge aufzuklären (vgl. Abschnitt 2.2 Erklärungsmodelle).

Im klinischen Alltag lassen sich drei unterschiedliche diagnostische Konstellationen beschreiben. Deren Unterscheidung erfordert eine besondere Aufmerksamkeit und sie ist bedeutsam für die klinische Herangehensweise und die Therapieplanung:

1. Vorliegen eines flüchtigen substanzinduzierten psychotischen Bildes unter dem unmittelbaren Einfluss der Substanzwirkung: Konsument*innen von Cannabis, Stimulanzen und Halluzinogenen entwickeln häufig flüchtige psychoseähnliche, delirante oder maniforme Phänomene unter der Substanzwirkung. Konsument*innen und ihr Umfeld kennen diese Phänomene. Daher und da die Symptome in der Regel innerhalb weniger Stunden remittieren, wird meistens keine professionelle Hilfe aufgesucht. Bei starker Ausprägung der psychopathologischen Phänomene kann es allerdings zu Notarzteinsätzen und Vorstellungen in Notaufnahmen von Krankenhäusern kommen. Diese psychotischen oder maniform-psychotischen Bilder werden nach ICD-10 als Intoxikationen mit Delir/mit Wahrnehmungsstörungen kodiert (ICD-10 F1x.03, F1x.04). Aufgrund ihrer flüchtigen Natur sind sie in der Regel differentialdiagnostisch leicht von den anderen zwei Konstellationen abzugrenzen. Drogenscreenings, toxikologische Analysen und klinische Zeichen einer Intoxikation (z. B. Herzfrequenz, Elektrokardiogramm (EKG)-Veränderungen) sind wichtige Ergänzungen der diagnostischen Abklärung.
2. Vorliegen einer substanzinduzierten psychotischen Störung von mehrtägiger oder mehrwöchiger Dauer: Auch hier ist der Substanzkonsum kausal für das Auftreten der Psychose, und die Psychose tritt nach einer Konsumepisode auf. Es wird ein ätiologischer Zusammenhang angenommen, d.h. es handelt sich um eine sekundäre psychotische Störung als direkte Komplikation des Substanzkonsums. Die Differentialdiagnose zu primären Psychosen bereitet häufig Schwierigkeiten. Nähere Informationen hierzu finden sich im Abschnitt 3.1.1.
3. Zeitlich koinzidentes Vorliegen einer primären Psychose (Schizophrenie, schizoaffektive, weitere Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolar affektive Störung mit psychotischen Merkmalen) und einer Suchterkrankung bzw. Substanzkonsumstörung (Komorbidität; Doppeldiagnose); dabei kann
 - a. die Erstmanifestation der Psychose zeitlich vor der Manifestation der Suchterkrankung, oder

- b. die Erstmanifestation der Suchterkrankung zeitlich vor der Erstmanifestation der Psychose liegen.

Die Reihenfolge der Manifestation impliziert hier keinen bestimmten ätiologischen Zusammenhang, d.h. sie hat eine sehr begrenzte Aussagekraft bezüglich der Differenzierung nach einer primären oder sekundären Natur der einzelnen Störungen.

Die einzelnen Erkrankungen der Kategorie 3 sowie ihre diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) werden umfassend in den jeweiligen AWMF S3-Leitlinien vorgestellt. Im Folgenden wird auf die diagnostischen Kriterien der substanzinduzierten psychotischen Störung (Kategorie 2) nach ICD-10, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR) und ICD-11 eingegangen.

3.1.1 Substanzinduzierte psychotische Störung

Die substanzinduzierte psychotische Störung ist eine vorübergehende psychotische Störung, die bei Personen ohne genuine psychotische Erkrankung in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auftreten kann. In der akuten Phase ist eine substanzinduzierte psychotische Störung schwer von einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung zu unterscheiden (Dawe et al., 2011; Medhus et al., 2013). Der Unterschied bezieht sich auf den Zeitverlauf, da eine Substanzinduzierte Psychotische Störung über die unmittelbare Substanzwirkung hinaus über Tage bis Wochen persistieren kann, selbst wenn der/die Betroffene nicht mehr konsumiert, aber bei Abstinenz sich zurückbilden sollte (Kendler et al., 2019).

In der ICD-10 (World Health Organization, 2004) wird die Substanzinduzierte Psychotische Störung als Dezimalspezifikation einer Substanzstörung unter F1x.5 kodiert, wobei ".5" auf einen psychotischen Zustand hinweist und das "x" durch Zahlen von eins bis neun ersetzt wird, je nach der Substanz, die die Psychose vermutlich ausgelöst hat. Eine weitere Zahl nach der ".5" beschreibt die vorherrschende psychopathologische Symptomatik (F15.50/F15.51/F15.52/F15.53/F15.55: psychotische Störung schizophreniform/wahnhaft/halluzinatorisch/polymorph/manisch). Die psychotischen Symptome treten laut den diagnostischen Kriterien unmittelbar unter der Substanzwirkung oder kurz darauf auf (in der Regel innerhalb von 48 Stunden nach der Substanzeinnahme), und sie sollten innerhalb eines Monats deutlich abgeschwächt und innerhalb von sechs Monaten vollständig zurückgegangen sein.

Solche substanzinduzierten Psychosen (ICD-10 F1x.5) treten bei ca. 20 bis 40 % der Konsument*innen von Cannabis und Stimulanzien auf (Hirjak et al. 2022). Sie sind somit häufige Störungen, mit denen Ärzt*innen in Praxen und Kliniken vertraut sind. Wenn ein/e Konsument*in erstmalig eine Psychose entwickelt, die nach Einstellung des Konsums und ggf. noch unter antipsychotischer Medikation innerhalb von Tagen bis Wochen remittiert, wird zunächst gemäß ICD-10 die Diagnose einer substanzinduzierten Psychose vergeben. Diese Diagnose wird auch noch korrekterweise vergeben, wenn bei Wiederaufnahme des Substanzkonsums die Psychose rezidiert und bei Abstinenz erneut rasch remittiert. Wenn aber die psychotischen Symptome lange persistieren (nach ICD-10 Kriterien keine wesentliche Besserung innerhalb von vier Wochen) und/oder die Psychose im weiteren Verlauf auch bei gesicherter Drogenabstinenz rezidiert, dann muss die Diagnose revidiert und stattdessen eine Schizophrenie, eine andere Psychose oder eine bipolare/manische Störung (ICD-10 F2x.x oder F30/31) in Kombination

mit einer Substanzkonsumstörung (ICD-10 F1x.x) diagnostiziert werden. Je nach Studie ist es in ca. 10 % bis zu 45 % der Fälle einer substanzinduzierten Psychose im Langzeitverlauf erforderlich, die Diagnose zugunsten einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder einer bipolaren Störung zu revidieren (Übersicht in Hirjak et al. 2022).

Im folgenden Kasten sind Aspekte zusammengestellt, die bei der Differentialdiagnose zwischen einer substanzinduzierten Psychose (ICD-10 F1x.5) und einer primären psychotischen Störung (ICD-10 F2, F30/31) hilfreich sein können (in Anlehnung an: Hirjak et al. 2022):

- 1. Zeitlicher Zusammenhang:** Dies ist das sicherste, differentialdiagnostisch entscheidende Kriterium. Treten die Symptome während der Intoxikation oder kurz darauf auf und klingen sie nach Beendigung des Substanzkonsums innerhalb von Tagen bis Wochen ab, entsprechen sie wahrscheinlich einer substanzinduzierten Psychose. Wenn die Symptome jedoch über viele Wochen bis Monate nach dem letzten Konsum bestehen bleiben, ist eher eine primäre psychotische Störung in Betracht zu ziehen.
Die zeitliche Beziehung zwischen Substanzkonsum und Symptomen soll für die differentialdiagnostische Abgrenzung möglichst präzise erfasst und dokumentiert werden. Dies umfasst eine detaillierte Beschreibung der Symptome durch Anamnese und ggf. auch Fremdanamnese (z. B. durch Angehörige oder aus Krankenakten) zur Ermittlung der Abstinenzzeit.
Die weiteren Kriterien werden unterstützend hinzugezogen:
- 2. Chemisch-toxikologische Diagnostik:** Drogenscreenings und toxikologische Analysen können hilfreich sein, um den Zusammenhang zwischen psychotischen oder affektiven Symptomen und Substanzkonsum (wie Cannabis, Amphetamine, Kokain oder neue psychoaktive Substanzen) zu bewerten.
- 3. Psychopathologisches Profil:** Substanzinduzierte psychische Symptome stimmen oft mit den pharmakologischen Effekten der konsumierten Substanz überein. Zum Beispiel kann der Konsum von Stimulanzien Manie-ähnliche Symptome hervorrufen, während der Konsum von Cannabis u.a. auch Apathie verursachen kann.
- 4. Substanzgebrauchsanamnese:** Eine umfassende Anamnese des Substanzgebrauchs, einschließlich Dauer, Häufigkeit und Menge, ist ein wichtiges Element der Diagnostik. Ein chronischer oder starker Substanzgebrauch erhöht die Wahrscheinlichkeit (sekundärer) substanzinduzierter psychotischer Störungen. Allerdings ist ein starker und früher Konsum von Cannabis auch ein Risikofaktor für die Manifestation genuiner (primärer) psychischer Störungen. Dies gilt möglicherweise auch für den Konsum von Stimulanzien.
- 5. Familiäre Vorgeschichte:** Eine familiäre Vorgeschichte psychischer Störungen sollte erhoben werden. Eine positive Familienanamnese für Psychosen könnte auf eine genetische Prädisposition und damit auf eine genuine (primäre) Psychose hinweisen.
- 6. Krankheitsverlauf:** Genuine (primäre) psychotische Störungen zeigen einen variablen Verlauf, während substanzinduzierte Psychosen dem Muster des Substanzgebrauchs folgen. Die prospektive diagnostische Stabilität der substanzinduzierten psychotischen Störungen ist allerdings gering. Im Verlauf kommt es häufig zur Konversion der Diagnose in eine Schizophrenie oder eine affektive Störung (Fusar-Poli et al., 2016).

7. Kognitive Leistungsfähigkeit: Neuropsychologische Tests können zusätzliche Hinweise auf die richtige Diagnose liefern. Bei genuinen (primären) psychotischen Störungen persistieren oder verschlechtern sich die kognitiven Beeinträchtigungen häufig im Langzeitverlauf, während sie sich bei substanzinduzierten Psychosen nach Abstinenz in der Regel bessern.

Trotz aller differenzialdiagnostischen Bemühungen bleibt die diagnostische Einordnung häufig unsicher, insbesondere bei rezidivierendem Substanzkonsum.

In ICD-11 (Kapitel 6, „Psychische, Verhaltens- und neurologische Entwicklungsstörungen“) ist der Abschnitt „Störungen aufgrund von Substanzkonsum und Suchtverhalten“ (Abschnitt 6C4) zu finden. Die Kategorien für schädlichen Substanzkonsum und Abhängigkeit wurden im Vergleich zu der ICD-10 erweitert und decken nun eine größere Bandbreite an Substanzen ab. Zudem erweitert die ICD-11 die Klassifikation sekundärer substanzinduzierter psychischer Störungen: Während die ICD-10 bereits substanzinduzierte Psychosen (F1x.5; ICD-11: 6C4x.60-62) enthielt, ergänzt die ICD-11 diese um weitere Kategorien, darunter substanzinduzierte affektive Störungen (6C4x.70), Angststörungen (6C4x.71), Zwangsstörungen und verwandte Störungen (6C4x.72) sowie Störungen der Impulskontrolle (6C4x.73).

Im nordamerikanischen Klassifikationssystem DSM-5-TR werden substanz/medikamenteninduzierte Psychosen nach verursachender Substanz und dem Schweregrad einer eventuell vorliegenden Substanzkonsumstörung in 27 Codes klassifiziert. Nach DSM-5-TR liegt eine substanz/medikamenteninduzierte psychotische Störung vor, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Vorliegen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
2. Vorliegen anamnestischer Hinweise, körperlicher Untersuchungsbefunde oder Laborbefunde, die darauf hinweisen, dass
 - Wahn oder Halluzinationen sich während oder kurz nach einer Substanzintoxikation oder einem Substanzentzug oder nach Einnahme oder Absetzen eines Medikaments entwickelt haben, und
 - die betreffende Substanz/das Medikament in der Lage ist, Wahn oder Halluzinationen hervorzurufen.
3. Das Störungsbild kann nicht besser durch eine nicht substanz/medikamenteninduzierte Störung erklärt werden. Hinweise auf eine eigenständige psychotische Störung können sein:
 - Vorhandensein der Symptome vor Beginn der Substanz- oder Medikamentenabhängigkeit
 - Anhaltende Symptome über eine beträchtliche Zeitspanne (mehr als ein Monat) nach Beendigung des akuten Entzugs oder nach einer schweren Intoxikation
 - Andere Hinweise auf eine eigenständige, nicht substanz- oder medikamenteninduzierte psychotische Störung
4. Psychotische Symptome dürfen nicht durch ein Delir begründbar sein.
5. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen (sozial, beruflich oder in anderen wichtigen Lebensbereichen).

DSM-5-TR listet neun Substanzgruppen (Alkohol, Cannabis, Phencyclidin, andere Halluzinogene, Inhalanzien, Sedative/Hypnotika/Anxiolytika, Substanzen des Amphetamin-Typs, Kokain und Andere (oder

unbekannte) Substanzen) auf, die mit drei Gruppen von Substanzkonsumstörungen kombiniert werden (leichtgradig, mittel- oder schwergradig, ohne) (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-5-TR®; Deutsche Ausgabe. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag, 2025, S. 181-188).

3.2 Diagnostische Standards, Früherkennung, psychometrische Instrumente

Die Früherkennung und diagnostische Einordnung psychotischer und affektiver Symptome oder Störungen bei Menschen mit riskantem Substanzkonsum und Substanzkonsumstörungen (ICD-10 F1-Diagnosen) ist von entscheidender Bedeutung, da der Substanzkonsum sowohl die Diagnose als auch den Verlauf der psychotischen Erkrankung beeinflussen kann. Eine Früherkennung ermöglicht gezielte Interventionen, vermindert die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung und verbessert die psychosoziale Prognose. Die Krankheitslast sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen und Zugehörigen der Betroffenen wird reduziert und im besten Fall vermieden.

Bei der Betrachtung der diagnostischen Standards für die Früherkennung schwerer psychischer Störungen wie insbesondere die Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (F2) oder bipolare affektive Störungen (F30/31) bei Menschen, die bereits eine Substanzkonsumstörung (F1) aufweisen, ist ein transdiagnostischer und umfassender Ansatz von entscheidender Bedeutung. Strategien zur Früherkennung müssen das komplexe Zusammenspiel zwischen Substanzkonsum und psychischen Symptomen berücksichtigen (Arribas et al., 2024). Dieser Ansatz ist von entscheidender Bedeutung, da der Substanzkonsum frühe Anzeichen schwerer psychischer Störungen sowohl verschleiern als auch verschlimmern kann, was die Differentialdiagnostik erschwert. Wenn sich der Beginn einer schweren psychischen Störung abzeichnet, kann es sein, dass sich prodromale Symptomcluster intensivieren, einschließlich eines deutlich zunehmenden Substanzkonsums (Arribas et al., 2024). Diese Intensivierung des Konsums tritt nicht isoliert auf, sondern ist Teil eines umfassenderen Musters, bei dem verschiedene prodromale Merkmale wie Affektschwankungen, kognitive Beeinträchtigungen und Reduktion der Alltagsfunktionalität stärker ausgeprägt werden.

Dies bedeutet, dass es im klinischen Alltag wichtig ist, gleichzeitig eine Vielzahl potenzieller psychischer Störungen in Erwägung zu ziehen und zu beurteilen, anstatt sich auf eine einzelne Erkrankung zu konzentrieren. Bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind frühe Anzeichen von Psychosen oder affektiven Störungen im Rahmen einer ganzheitlichen Risikobewertung zu bewerten. Der Grund dafür ist, dass Symptome der Substanzkonsumstörungen den Symptomen einer anderen psychischen Erkrankung entsprechen und dadurch eine rein symptom-basierte Differentialdiagnose erschwert wird. Gemäß den ICD-10-Kriterien erfordert die Diagnose von psychotischen Störungen im Zusammenhang mit einer bereits bestehenden Substanzkonsumstörung eine sorgfältige Differenzierung. Dabei muss festgestellt werden, ob die psychotischen Symptome in erster Linie substanzinduziert sind, oder ob sie auf eine genuine (primäre) psychotische Störung hinweisen. Dies erfordert idealerweise einen Evaluierungszeitraum, in dem Substanzwirkungen ausgeschlossen oder als mitwirkend bestätigt werden können. Zu den Zeitkriterien bei einer substanzinduzierten Störung s. Kapitel 3.1.1.

Die Betroffenen selbst sind nicht immer in der Lage, zuverlässige und aussagekräftige Informationen während der Anamneseerhebung zu liefern, insbesondere nicht in akuten Krankheitsphasen. Zusätzlich erschwert wird die Situation dadurch, dass frühere Behandlungen und ihre Ergebnisse manchmal

nur lückenhaft dokumentiert sind und in der aktuellen Behandlungssituation nicht zur Verfügung stehen. Daher sind nahestehende Bezugspersonen aus dem Umfeld der Betroffenen eine wertvolle Informationsquelle, sofern die Betroffenen ihrer Einbeziehung zustimmen.

1.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Bei Menschen mit einem bekannten riskanten Konsum oder Substanzkonsumstörung, insbesondere von Cannabis oder Stimulanzien, soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach psychotischen Symptomen gefragt werden. Bei entsprechendem Hinweis sollen die Symptome ausführlich einschließlich ihrer zeitlichen Zusammenhänge mit Konsumepisoden exploriert werden, so dass eine differentialdiagnostische Einordnung erfolgen und weitere Schritte abgeleitet werden können. In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 89,5 % Konsens (17 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)	

Eine frühzeitige Risikoabschätzung kann entscheidend dazu beitragen, die Entwicklung psychotischer Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und geeignete therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Für die Früherkennung psychotischer und bipolar affektiver Erkrankungen liegen Instrumente vor, die allerdings eher in der Forschung Anwendung finden (z.B. Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS), Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS), Bonn Scale for the Assessment of Intermediary Psychopathology (BSIP), Early Recognition Inventory – Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (ERiraos), Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS), Schizophrenia Proneness Instrument – Adult Version (SPI-A), Schizophrenia Proneness Instrument – Child and Youth Version (SPI-CY), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision – Attenuated Psychosis Syndrome (DSM-5-TR APS)). Spezialisierte Instrumente für die Früherkennung psychotischer und affektiver Erkrankungen bei Menschen mit Substanzkonsumstörungen liegen nicht vor. Auch konnten keine Studien identifiziert werden, die explizit die Frühdiagnostik psychotischer oder bipolar affektiver Erkrankungen bei Menschen mit Substanzkonsumstörungen mit Hilfe dieser psychometrischen Instrumente untersuchten. Folglich können sie zwar zur Risikoevaluation eingesetzt werden, aber ihre Treffsicherheit ist unsicher und sie können nicht allgemein für die Versorgung empfohlen werden (Fusar-Poli et al., 2020). Neuere Studien legen nahe, dass transdiagnostische und technologiegestützte Methoden für die Frühdiagnose vielversprechend sind, insbesondere in komplexen Fällen, in denen Substanzgebrauch das klinische Bild verschleiern oder verschärfen kann. Die Entwicklung und Anwendung von Risikorechnern (Koutsouleris et al., 2021; Krakowski et al., 2024) oder prädiktiven Modellen, die auf umfangreichen klinischen Daten basieren, könnten künftig eine neue Perspektive für die individuelle Risikoabschätzung darstellen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann lediglich ein sorgfältiges und regelmäßiges klinisches Monitoring empfohlen werden. Ein integrativer und individuumszentrierter Ansatz, der die spezifischen Substanzen und die Schwere der substanzbezogenen Störung berücksichtigt, könnte eine entscheidende Rolle bei der Früherkennung und die frühe Einleitung einer Therapie spielen.

2.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:		
1. EK ↑↑	Bei Menschen mit einer Psychose (Schizophrenie, Bipolare Störung) soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach Substanzkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden.	
2. EK ↔	Hierzu können gängige Screening Instrumente wie der AUDIT und der DUDIT eingesetzt werden.	
3. EK ↑↑	In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 89,5 % Konsens (17 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)	

Es konnten keine Studien identifiziert werden, die sich explizit mit den diagnostischen Standards bei Verdacht auf eine Substanzgebrauchsstörung bei Personen mit einer bereits manifestierten psychotischen oder bipolar affektiven Störung befassen. Aus klinischer Sicht besteht ein hoher Bedarf an effektiven Screening-Instrumenten, um problematischen Substanzkonsum in einer frühen Phase psychotischer Erkrankungen zu erkennen.

Nesvåg et al. (2010) untersuchten die Prävalenz von substanzbezogenen Störungen und die psychometrischen Eigenschaften des Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) und des Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) bei 205 Patient*innen mit einer Ersterkrankung einer psychotischen Störung. Sie prüften die interne Konsistenz der Instrumente sowie die kriterienbezogene Validität im Vergleich zu aktuellen DSM-IV-Diagnosen von Alkohol- oder Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit. 15 % der Männer und 11 % der Frauen hatten eine DSM-IV-Diagnose einer alkoholbezogenen Störung, während 33 % der Männer und 16 % der Frauen Störungen durch den Konsum anderer Substanzen aufwiesen. Die Instrumente erwiesen sich als zuverlässig (Cronbach's Alpha über 0,90) und valide (Fläche unter der Kurve über 0,83). Geeignete Schwellenwerte mit einer Sensitivität von über 0,80 und einer Spezifität von über 0,70 waren zehn Punkte für Männer und acht Punkte für Frauen beim AUDIT sowie drei Punkte für Männer und ein Punkt für Frauen beim DUDIT. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass AUDIT und DUDIT wirksame Screening-Instrumente zur Erkennung von Alkohol- und anderen Substanzmissbrauchsstörungen bei Menschen mit Erstmanifestation psychotischer Störungen sind.

In einer neueren Studie wurde der Einsatz beider Screening-Instrumente AUDIT und DUDIT bei Patient*innen mit bipolarer Störung untersucht (Lagerberg et al., 2021). Substanzmissbrauch ist bei bipolaren Störungen sehr verbreitet, selbst in den frühen Phasen der Erkrankung. In der Studie von Lagerberg et al. (2021) wurden 220 Patient*innen mit Erstmanifestation einer bipolaren Störung rekrutiert, von denen 112 an einer Nachuntersuchung nach 12 Monaten teilnahmen. Substanzmissbrauch wurde als ein Wert oberhalb der Grenzwerte für schädlichen Konsum in den Tests AUDIT oder DUDIT definiert. Es wurde die Abstinenzhäufigkeit von Alkohol, Cannabis und anderen illegalen Substanzen sowie der tägliche Nikotinkonsum über 12 Monate untersucht. Während der Nachuntersuchung sank die Prävalenz des Cannabismissbrauchs von 29 % auf 15 %, und der Alkoholmissbrauch verringerte sich von 39 % auf 21 %. Fortgesetzter Alkoholmissbrauch war ein signifikanter und unabhängiger Prädiktor für erneute Exazerbationen der bipolaren Störung. Interessanterweise konnte kein Unterschied im

Rückfallrisiko zwischen Personen, die den Alkoholmissbrauch beendeten, und solchen, die nie Alkohol konsumiert hatten, festgestellt werden. Die Verläufe des Cannabismissbrauchs sagten das Rückfallrisiko nicht signifikant voraus, obwohl mögliche Wechselwirkungen mit Alkoholmissbrauch nicht ausgeschlossen werden konnten. Zusammenfassend nahm der Substanzmissbrauch in der frühen Phase der Behandlung einer bipolaren Störung ab. Insbesondere die Beendigung des Alkoholmissbrauchs dürfte sich erheblich positiv auf den klinischen Verlauf der bipolaren Störung auswirken. Nicht zuletzt konnte diese Studie zeigen, dass AUDIT und DUDIT praxisrelevante Screening Instrumente für Substanzkonsumstörungen bei Menschen mit bipolaren Störungen sind (Lagerberg et al., 2021).

3.3 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association, D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. American psychiatric association Washington, DC.
- Arribas, M., Oliver, D., Patel, R., Kornblum, D., Shetty, H., Damiani, S., Krakowski, K., Provenzani, U., Stahl, D., Koutsouleris, N., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2024). A transdiagnostic prodrome for severe mental disorders: an electronic health record study. *Molecular psychiatry*, *29*(11), 3305–3315. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02533-5>
- Dawe, S., Geppert, L., Occhipinti, S., & Kingswell, W. (2011). A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. *Journal of substance abuse treatment*, *40*(1), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.08.002>
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Rutigliano, G., Heslin, M., Stahl, D., Brittenden, Z., Caverzasi, E., McGuire, P., & Carpenter, W. T. (2016). Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *42*(6), 1395–1406. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw020>
- Hirjak, D., Meyer-Lindenberg, A., Brandt, G. A., & Dreßing, H. (2022). Differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen substanzinduzierten und primären Psychosen: : Empfehlungen für die allgemeinpsychiatrische und forensische Praxis [Differential diagnostic distinction between substance-induced and primary psychoses: : Recommendations for general psychiatric and forensic practice]. *Der Nervenarzt*, *93*(1), 11–23. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01083-3>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2019). Prediction of Onset of Substance-Induced Psychotic Disorder and Its Progression to Schizophrenia in a Swedish National Sample. *The American journal of psychiatry*, *176*(9), 711–719. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18101217>
- Koutsouleris, N., Worthington, M., Dwyer, D. B., Kambeitz-Ilankovic, L., Sanfelici, R., Fusar-Poli, P., Rosen, M., Ruhrmann, S., Anticevic, A., Addington, J., Perkins, D. O., Bearden, C. E., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., MATHALON, D. H., McGlashan, T., Seidman, L., Tsuang, M., Walker, E. F., Woods, S. W., ... Cannon, T. D. (2021). Toward Generalizable and Transdiagnostic Tools for Psychosis Prediction: An Independent Validation and Improvement of the NAPLS-2 Risk Calculator in the Multisite PRONIA Cohort. *Biological psychiatry*, *90*(9), 632–642. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.06.023>

- Krakowski, K., Oliver, D., Arribas, M., Stahl, D., & Fusar-Poli, P. (2024). Dynamic and Transdiagnostic Risk Calculator Based on Natural Language Processing for the Prediction of Psychosis in Secondary Mental Health Care: Development and Internal-External Validation Cohort Study. *Biological psychiatry*, 96(7), 604–614. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.05.022>
- Lagerberg, T. V., Icick, R., Aminoff, S. R., Nerhus, M., Barrett, E. A., Bjella, T. D., Olsen, S. H., Høegh, M. C., & Melle, I. (2021). Substance Misuse Trajectories and Risk of Relapse in the Early Course of Bipolar Disorder. *Frontiers in psychiatry*, 12, 656912. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.656912>
- Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J., & Bramness, J. G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry research*, 206(1), 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.023>
- Nesvåg, R., Lange, E. H., Faerden, A., Barrett, E. A., Emilsson, B., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., Melle, I., & Agartz, I. (2010). The use of screening instruments for detecting alcohol and other drug use disorders in first-episode psychosis. *Psychiatry research*, 177(1-2), 228–234. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.01.007>
- World Health Organization (WHO) (2004). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems: Alphabetical index (Vol. 3)*. World Health Organization.
- Solmi, M., Soardo, L., Kaur, S., Azis, M., Cabras, A., Corsi, M., Fausti, L., Besana, F., Salazar de Pablo, G., & Fusar-Poli, P. (2023). Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. *Molecular psychiatry*, 28(6), 2291–2300. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02029-8>
- Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y. P. S., Salom, C., Maremmani, I., Sher, L., Dida-Attas, J., Chen, J., Baler, R., & World Association on Dual Disorders (WADD) (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational psychiatry*, 12(1), 446. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5>

4 Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte

4.1 Versorgungssystem, Behandlungssettings

Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht werden in allen kurativen und rehabilitativen Settings der Allgemeinpsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe sowie im sozial-rehabilitativen Bereich versorgt. Somit kommen viele verschiedene Akteur*innen in den einzelnen Behandlungssettings in Kontakt mit den Betroffenen.

Häufig werden die Betroffenen längerfristig in Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken behandelt. Im vertragsärztlichen Bereich sind insbesondere die Hausarzt*innen und die Facharzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und für Nervenheilkunde und eher seltener die Psychotherapeut*innen involviert. Ob die Betroffenen perspektivisch häufiger fachärztlich und psychotherapeutisch in Netzverbänden nach der KSVPsych-Richtlinie behandelt werden, lässt sich aktuell nicht abschätzen. Darüber hinaus sind Suchtberatungsstellen mit ihren ambulanten Angeboten sowie Selbsthilfegruppen involviert.

Im klinisch-stationären Bereich werden die Betroffenen häufig in Akutstationen und in Regelstationen behandelt. Nach klinischer Erfahrung erfolgt die Behandlung seltener im tagesklinischen Setting oder in der stationsäquivalenten Behandlung (StäB).

Beteiligt sind alle Typen von psychiatrischen Kliniken (Fachkrankenhäuser, Universitätskliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern). Zusätzlich wird die Behandlung im stationären Setting in Sucht-Rehabilitationskliniken durchgeführt („Entwöhnung“). Schließlich sind im Verlauf häufig auch die Einrichtungen der stationären und ambulanten Rehabilitation involviert (ambulante Wohnhilfen, spezielle Wohnformen, Hilfen zur Reintegration in den Arbeitsmarkt).

In den verschiedenen Settings sind neben Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch Suchttherapeut*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen, Ergotherapeut*innen sowie Sport- und Bewegungstherapeut*innen in die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht involviert.

Die Komorbidität hat eine große Bedeutung für die Therapieplanung, da es zu vielen Schnittstellenproblemen innerhalb des kurativen und zwischen kurativem und rehabilitativem Bereich kommt. Diese Schnittstellenprobleme machen ein hohes Maß an Kommunikation und idealerweise Integration oder Koordination der verschiedenen Angebote erforderlich (siehe Kapitel 1, S. 10). Wichtig ist dabei eine offene Kommunikation über die Komorbidität und deren Implikationen für die Therapieplanung zwischen den Leistungserbringer*innen und gegenüber den Betroffenen.

Auf Grundlage der Expert*innenerfahrungen ist davon auszugehen, dass die Bedarfe von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht im Versorgungssystem (noch) weniger gedeckt sind im Vergleich zu Menschen mit „nur“ einer Diagnose einer Psychose *oder* einer Abhängigkeitserkrankung. Spezifische Daten hierzu liegen jedoch nicht vor.

4.2 Versorgungsmodelle, Behandlungsprinzipien und -ziele

Bei der klinischen Versorgung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht wurde früher überwiegend und wird auch heute noch manchmal ein sequentieller Ansatz gewählt, z.B. zunächst Stabilisierung der Psychose in einer psychiatrischen Klinik und danach Entwöhnung vom Suchtmittel in einer suchttherapeutischen Einrichtung. Beim häufiger praktizierten parallelen Ansatz werden beide Störungen gleichzeitig, jedoch in getrennten Institutionen oder Settings, behandelt, z.B. psychiatrische Behandlung (teil)stationär oder ambulant und parallel Termine bei einer Suchtberatungsstelle und Besuch einer Selbsthilfegruppe. Hierbei ist aufgrund der Schnittstellenprobleme eine Koordination der Angebote im Sinne eines Case Management sinnvoll, diese wird jedoch in der Regelversorgung nicht angeboten.

Der integrierte Ansatz einer störungsspezifischen Behandlung beider Störungen „aus einer Hand“ durch eine*n Therapeuten*in bzw. ein Therapeut*innenteam, das über Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung beider Störungen verfügt, wird seltener angeboten.

In der vorliegenden Leitlinie wird der Begriff „integrierte Behandlung“ im oben genannten Sinne als Behandlung beider Störungen durch eine*n Therapeuten*in bzw. ein Therapeut*innenteam verwendet. Der Begriff darf nicht mit Projekten der „Integrierten Behandlung“ nach §140 im fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verwechselt werden. Bei der „integrierten Behandlung“ im Sinne der vorliegenden Leitlinie sollen stützend-fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung und klassische suchttherapeutische Ansätze aufeinander angepasst und individuell in Abhängigkeit vom aktuellen Befinden bzw. von der Erkrankungsphase flexibel gewichtet werden. Diese Integration von Psychose- und Suchtbehandlung ist grundsätzlich sowohl für den Bereich der kurativen als auch für den Bereich der rehabilitativen Behandlung relevant und schließt stationäre, ambulante und aufsuchende Komponenten ein. Aus Expert*innensicht wird der integrierte Ansatz als optimal angesehen (DGPPN, 2025b, Empfehlung 104; DGPPN & DG-Sucht, 2020. Empfehlung 3.6.1.3.4 bezogen auf Psychosen und weitere psychische Komorbiditäten), obwohl die wissenschaftliche Evidenz für die Vorteile bislang als unzureichend bewertet wurde (Hunt et al., 2019).

3.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Drop Out Rate - Abbruch der Behandlung:		

niedrig ⊕⊕⊖⊖ Allgemeines Funktionsniveau (GAF): niedrig ⊕⊕⊖⊖ Klinischer Outcome F2/SMI: BPRS: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Lebensqualität: niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Klinische Outcomes F1: Alkohol- konsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. <i>Deutsches Arzteblatt international</i> , 112(41), 683–691.
Evidenz: GRADE Profil Nr.1 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

In einem ausführlichen Cochrane Review (Hunt et al., 2019) wurden in methodisch anspruchsvollen Meta-Analysen acht verschiedene Aspekte bei der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht analysiert. In der ersten Meta-Analyse (Vergleich 1) wurde die integrierte Behandlung mit aufsuchenden Elementen (Behandlung sowohl der Psychose als auch der Suchtkomponente bei Menschen mit der Doppeldiagnose durch ein Behandler*innenteam) mit einer Standardbehandlung in verschiedenen Settings mit oder ohne Behandlungscoordination (Case Management) verglichen. Die Meta-Analyse berücksichtigte vier randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) (Burnam et al., 1995; Drake et al., 1998a; Chandler et al., 2006; Essock et al., 2006); ferner wurden Ergebnisse eines weiteren RCTs berichtet, welcher aber aus methodischen Gründen nicht in der Meta-Analyse einbezogen wurde (Morse et al., 2006). Mehrere Outcomes wie Behandlungsabbrüche, Todesfälle, Alkohol- und Drogenkonsum, psychische Symptomatik, stationäre Wiederaufnahmen, allgemeines Funktionsniveau, Lebensqualität, Wohnsituation, forensische Komplikationen u.a. wurden an verschiedenen Follow-Up Zeitpunkten von 3 bis 36 Monaten nach Studieneinschluss berichtet. Bezüglich der Konsumdaten reichten die Follow-Up Zeitpunkte von 6 bis 36 Monaten nach Studieneinschluss. Ein großer Teil der Ergebnisse, u.a. zum Ausmaß des Konsums, wurde wegen schiefer Datenverteilung aus den metaanalytischen Auswertungen ausgeschlossen.

Nach 36 Monaten konnten keine klaren Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen nachgewiesen werden in Bezug auf Behandlungsabbrüche (Relatives Risiko (RR) 1,09, 95 % Konfidenzintervall (KI) 0,82 bis 1,45; 603 Teilnehmende; drei Studien), Tod (RR 1,18, 95 % KI 0,39 bis 3,57; 421 Teilnehmende; zwei Studien), Alkoholkonsum (RR 1,15, 95 % KI 0,84 bis 1,56; 143 Teilnehmende; eine Studie), Substanzkonsum (Drogen) (RR 0,89, 95 % KI 0,63 bis 1,25; 85 Teilnehmende; eine Studie), allgemeines Funktionsniveau (Global Assessment of Functioning, GAF) (mittlerer Unterschied (MD) 0,40, 95 % KI -2,47 bis 3,27; 170 Teilnehmende; eine Studie) oder allgemeine Lebenszufriedenheit (Quality of Life, QOLI) (MD 0,10, 95 % KI -0,18 bis 0,38; 373 Teilnehmende; zwei Studien). Frühe Behandlungsabbrüche (Follow-Up nach drei Monaten) waren tendenziell seltener in der integrierten Behandlungsgruppe (Hunt et al., 2019). Darüber hinaus zeigten sich ein signifikanter Vorteil der integrierten Behandlung

hinsichtlich der kumulativen Verweildauer im Krankenhaus sowie im Krankenhaus oder Gefängnis innerhalb der Follow-Up Periode von 36 Monaten sowie weitere tendenzielle Vorteile bei forensischen Outcomes (schiefe Datenverteilung, keine Meta-Analyse). Die Qualität der Evidenz war insgesamt niedrig, insbesondere wegen einer hohen Ungenauigkeit aufgrund kleiner Stichprobengrößen bei den einzelnen Studien, niedriger Ereignisraten und breiten Konfidenzintervallen.

Ein RCT aus dem deutschen Gesundheitssystem (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015) ist zwar im genannten Cochrane Review (Hunt et al., 2019) enthalten, findet sich jedoch nicht in der Analyse 1 zu integrierter vs. nicht-integrierter Behandlungsorganisation, sondern in der Analyse 7 zu Kognitiver Verhaltenstherapie und motivierender Gesprächsführung. Allerdings bot die Studie diese Elemente im Rahmen eines integrierten Therapieprogramms an, so dass dieses RCT hier zusätzlich berücksichtigt wird. Es wurde ein langfristig angelegtes störungsspezifisches Therapieprogramm auf einer Schwerpunktstation in einem kommunalen psychiatrischen Krankenhaus mit der nicht-integrierten Standard-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie ohne Koordination (Treatment as usual (TAU)) verglichen (100 Teilnehmende). Das integrierte Therapieprogramm enthielt motivationsfördernde, psychoedukative und verhaltenstherapeutische Elemente und wurde settingübergreifend (stationär und ambulant) angeboten. Die Outcomes wurden beim Studieneinschluss sowie 3, 6 und 12 Monate später erhoben. Die Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe entwickelten im Verlauf der Studie eine anhaltend höhere Abstinenzmotivation und sie waren zu allen Zeitpunkten zufriedener mit der Behandlung. Eine Reduktion des Substanzkonsums konnte zumindest vorübergehend erreicht werden (erste Follow-Up Untersuchung nach drei Monaten). Bei den späteren Follow-Up Untersuchungen war der Unterschied hinsichtlich des Substanzkonsums nicht signifikant. Es zeigten sich keine weiteren signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Haltequote, psychopathologischer Symptomatik oder Wiederaufnahmen.

Neben dem Review von Hunt et al. (2019) und dem RCT von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015) wurden auch die britische The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)-Guideline (2011) und die kanadische Leitlinie (Crockford und Addington 2017) zur Behandlung von Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung herangezogen. Die NICE-Guideline macht aufgrund der schwachen Evidenz bei unzureichender und heterogener Studienlage keine Empfehlung für die integrierte Behandlung, sie formuliert aber einen dringenden Forschungsbedarf (NICE, 2011). Die kanadische Leitlinie schließt sich dem grundsätzlich an, äußert sich aber im Hintergrundtext deutlicher zugunsten des integrierten Behandlungsmodells (Crockford & Addington, 2017. *“The programs should integrate psychosis and substance use treatments, emphasizing ongoing monitoring of both substance use and patterns and symptoms... The best outcomes are achieved with combined use of antipsychotic medications and addiction-based psychosocial interventions.”*). Schließlich wird das integrierte Behandlungsmodell für Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer Substanz- bzw. Alkoholbezogenen Störung sowohl in der S3-Leitlinie Schizophrenie (Empfehlung 104) als auch in der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störung (Empfehlung 3.6.1.3.4) empfohlen, allerdings in beiden Leitlinien als Expert*innenkonsens, d.h. ohne Bezug auf eine wissenschaftliche Fundierung (DGPPN, 2025b; DGPPN & DG-Sucht, 2020).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 3)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
----------------------------	---

Bei allen Endpunkten zeigen sich in der Meta-Analyse im Review von Hunt et al. (2019) nur sehr geringe, nicht-signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der integrierten Versorgung vs. TAU (mit oder ohne Case Management, Hunt et al., 2019). Außerhalb der Meta-Analyse zeigen sich im Review einzelne tendenzielle Gruppenunterschiede zugunsten der integrierten Versorgung. Daher kann ein kleiner Nutzen und kein Schaden festgestellt werden. In der Studie von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015) erreichte die Interventionsgruppe hinsichtlich des Ausmaßes des Konsums vorübergehend (Follow-Up-Zeitpunkt drei Monate nach Studieneinschluss) häufiger Abstinenz oder eine starke Konsumreduktion, während bei der TAU-Gruppe häufiger eine nur leichte Konsumreduktion festgestellt wurde.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Niedrig

Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da sich die Beobachtungen des Reviews (Hunt et al., 2019) auf wenige RCTs mit wenigen Teilnehmenden bezogen, bei einzelnen Outcomes sogar auf nur ein oder zwei RCTs beruhen und oft breite Konfidenzintervalle vorlagen.

Wertvorstellungen und Präferenzen: Keine wesentliche Variabilität erwartet

Es ist höchstwahrscheinlich keine hohe Variabilität von Präferenzen der Betroffenen und Angehörigen zur integrierten Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam zu erwarten. Eine gute Kontinuität der Versorgung und Behandlung durch ein Team, das Erfahrung und Kompetenz in der Behandlung beider Erkrankungen hat, anstelle von wechselnden Behandler*innen dürfte der Präferenz der allermeisten Betroffenen entsprechen. In der Studie von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015) waren die Teilnehmenden des integrierten Behandlungsprogramms durchgehend zufriedener mit der Therapie. In der Sicht von Angehörigen und anderen Bezugspersonen liegt in jeder Unklarheit der Zuständigkeiten oder Wechsel von Zuständigkeiten eine potentielle Quelle für ungünstige Entwicklungen. Dadurch wird auch die Belastung der Angehörigen intensiviert, schon allein durch die durch Unsicherheit entstehenden Sorgen und Gefühle der Ohnmacht/Kontrollverlust.

Ressourcen: Nicht festgelegt

Die Ressourcen zur Umsetzung einer integrierten Behandlung können je nach Standort variieren. Beispielsweise wurden für das evaluierte Therapieprogramm aus der Studie von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015) ausschließlich Mittel eingesetzt, die dem Krankenhaus im Rahmen der Regelversorgung zur Verfügung stehen; demnach ist die Studie auf die Regelversorgung übertragbar. Wenn die Implementierung einer integrierten Behandlung möglich ist, könnte diese langfristig auch kosteneffizienter als TAU sein.

Es liegen Hinweise für eine Überlegenheit der integrierten Behandlung und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht vor, die wissenschaftliche Evidenz ist allerdings schwach. Es ist jedoch davon auszugehen, dass seitens der Betroffenen, Angehörigen und anderer Bezugspersonen eine hohe Präferenz für eine integrierte Behandlung bestehen dürfte. In der Zusammenschau wurde deswegen eine schwache Empfehlung für das Angebot einer integrierten Behandlung „aus einer Hand“ formuliert. Zugleich wird hier ein wichtiger Forschungsbedarf gesehen. Es werden größere Studien benötigt, die das integrierte Behandlungsmodell mit setting- und sektorübergreifenden sowie aufsuchenden Elementen mit der Standardversorgung im deutschen Gesundheitssystem vergleichen.

4.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Wenn keine integrierte Behandlung möglich ist, dann sollte die parallele oder sequentielle Behandlung mit Koordination (Case Management) zwischen der Psychose- und Suchtbehandlung erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Wenn eine integrierte Behandlung gemäß Empfehlung 3 bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht nicht verfügbar ist, ergibt sich alternativ die Frage nach der Wirksamkeit einer Behandlungskoordination (Case Management) zwischen den einzelnen Elementen der Behandlung, die jeweils in getrennten Settings erfolgen. Zu dieser praxisrelevanten Frage liegt keine belastbare wissenschaftliche Evidenz vor. Im oben aufgeführten Cochrane Review (Hunt et al., 2019) wurde die integrierte Behandlung (Behandlung sowohl der Psychose als auch der Suchtkomponente in einem Setting durch ein Team) mit Kontrollbedingungen verglichen, die z.T. ein Case Management enthielten; somit wurden zwei unterschiedliche Kontrollbedingungen zusammengefasst. Die Frage, ob eine sequentielle oder parallele Behandlung mit Case Management wirksamer ist im Vergleich zu einer Behandlung ohne Case Management, oder ob sie sogar ähnlich wirksam ist wie eine integrierte Behandlung, kann nicht auf Basis wissenschaftlicher Evidenz beantwortet werden. Die Leitliniengruppe war sich einig, dass eine Behandlung mit Case Management die zweitbeste Form der Behandlungsorganisation sein dürfte und demnach angeboten werden sollte, wenn keine integrierte Behandlung möglich ist (Expert*innenkonsens).

Unterstützend ist eine Empfehlung auf Expert*innenkonsens aus der NICE-Guideline zu nennen: “Delivery of care and transfer between services for adults and young people with psychosis and coexisting substance misuse should include a care coordinator and use the Care Programme Approach.” (NICE, 2011, Empfehlung 6.2.9.5, S. 141). Schließlich spricht sich die S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen auch für die bei der vorliegenden Leitlinie konsentiertere Reihenfolge der Präferenz aus: *“Bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit und einer komorbiden psychischen Störung sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Setting bzw. durch ein Therapeutenteam erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine Koordination der Behandlung (z.B. durch Case Management) gewährleistet sein”* (DGPPN & DG-Sucht, 2020, Empfehlung 3.6.1.3.4 als Expert*innenkonsens).

Eine Behandlungskoordination (Case Management) zwischen den einzelnen Elementen und Settings der Behandlung ist aus Expert*innensicht hilfreich und sollte angeboten werden, wenn keine integrierte Behandlung möglich ist. Zugleich wird hier auch ein wichtiger Forschungsbedarf gesehen. Es werden Studien benötigt, die nicht nur das integrierte Behandlungsmodell, sondern auch Behandlungsmodelle mit einem Case Management untereinander sowie mit der Standardversorgung im deutschen Gesundheitssystem (sequentielle oder parallele Behandlung ohne Case Management) vergleichen.

5.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann eine sektorübergreifende Behandlung durch dasselbe Behandlungsteam angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. <i>Deutsches Arzteblatt international</i> , 112(41), 683–691.	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 2 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 88,9 %, Konsens (16 Ja; 2 Nein; 0 Enthaltungen)	

Ein bereits oben erwähntes RCT aus dem deutschen Gesundheitssystem mit 100 Personen verglich ein langfristig angelegtes, integriertes störungsspezifisches Therapieprogramm an einem kommunalen psychiatrischen Krankenhaus mit der Standardbehandlung ohne Koordination (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015). Das integrierte Therapieprogramm enthielt motivationsfördernde, psychoedukative und verhaltenstherapeutische Elemente und wurde settingübergreifend angeboten; d. h., die Patient*innen konnten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in der Institutsambulanz weiterbehandelt werden und weiterhin an den Gruppentherapien teilnehmen. Die Outcomes wurden beim Studieneinschluss sowie 3, 6 und 12 Monate später erhoben. Die Personen der Interventionsgruppe entwickelten im Verlauf der Studie eine anhaltend höhere Abstinenzmotivation und sie waren zu allen Zeitpunkten zufriedener mit der Behandlung. Bei der ersten Follow-Up Untersuchung nach drei Monaten zeigte sich darüber hinaus eine Reduktion des Substanzkonsums. Bei den späteren Follow-Up Untersuchungen war der Gruppenunterschied beim Substanzkonsum nicht mehr signifikant. Es zeigten sich keine weiteren signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich Haltequote, psychopathologischer Symptomatik oder Wiederaufnahmen. Ob bzw. in welchem Ausmaß die (geringen) Vorteile der Interventionsgruppe auf die settingübergreifende Organisation der Behandlung zurückzuführen sind, muss offen bleiben, zumal die Intervention sich in mehreren Aspekten von der Kontrollbedingung unterschied.

Es konnten keine weiteren Studien identifiziert werden, die eine settingübergreifende Behandlungsorganisation mit einer geeigneten Kontrollintervention verglichen hätten.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 5)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit der Doppeldiagnose von einer settingübergreifenden Behandlung (stationär-ambulant) durch dasselbe Team profitieren können. Hinsichtlich der Hauptsubstanz, die beim Substanzkonsum im Vordergrund stand, erreichte die Interventionsgruppe drei Monate nach Studieneinschluss häufiger Abstinenz oder eine starke Konsumreduktion, während bei der TAU-Gruppe häufiger eine nur leichte Konsumreduktion festgestellt wurde (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015). Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig

Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letztere ist eingeschränkt, da die Beobachtungen auf nur einem RCT mit einer nur mittelgroßen Anzahl von Teilnehmenden beruhen.

Wertvorstellungen und Präferenzen: Keine wesentliche Variabilität erwartet

Es ist zu erwarten, dass seitens der Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht und ihrer Angehörigen und anderer Bezugspersonen eine hohe Zustimmung zu einer sektorübergreifenden Behandlung durch dasselbe Behandlungsteam bestehen dürfte, da die bekannten Schnittstellenprobleme damit minimiert werden. Personen, die am integrierten Behandlungsprogramm teilnahmen, das settingübergreifend (stationär und ambulant) an einem Krankenhaus angeboten wurde, waren durchgehend zufriedener mit der Therapie (Gouzoulis-Mayfrank et al., 2015). Eine bessere Behandlungskontinuität durch eine sektorübergreifende Organisation der Behandlung ist aus Sicht der Angehörigen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen selbst von Vorteil, da sie sich von einer besseren Behandlungskontinuität auch Besserungen hinsichtlich der mit der Erkrankung einhergehenden psychosozialen Problemlagen, die auch für die Angehörigen belastend sind (Wohnen, Arbeit, finanzielle Lage), erhoffen.

Ressourcen: Nicht festgelegt

Der Ressourcenbedarf für die Umsetzung einer sektorübergreifenden Behandlung kann je nach lokal verfügbaren Strukturen variieren. Beim RCT von Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015) wurden für das Therapieprogramm ausschließlich Mittel eingesetzt, die dem Krankenhaus im Rahmen der Regelversorgung zur Verfügung standen; demnach ist die Studie auf die Regelversorgung übertragbar. Die Erfahrung zeigt, dass kurzfristig in der Regel mit deutlichen organisatorischen Bemühungen, einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen ist. Langfristig könnte dies durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.

Betroffene wie auch Angehörige und andere Bezugspersonen sprechen sich aufgrund der besseren Behandlungskontinuität deutlich für eine sektorübergreifende Behandlung aus. Diese kann im Bereich des Krankenhauses am ehesten durch eine enge Verzahnung der Arbeit von Stations- und Ambulanzteams realisiert werden. Eine vergleichbar enge Zusammenarbeit zwischen Stationsteams und Vertragsarztpraxen ist auch möglich, wenn auch organisatorisch aufwendiger. Die Professionellen sehen ebenfalls Vorteile in der sektorübergreifenden Behandlung, die wissenschaftliche Evidenz ist allerdings sehr schwach. Es liegt lediglich eine monozentrische Studie vor, die (geringe) Vorteile beschrieb, bei allerdings deutlichen methodischen Limitationen. Der organisatorische Aufwand der Implementierung einer sektorübergreifenden Behandlung kann deutlich sein. In der Zusammenschau wurde deswegen eine neutrale Empfehlung für das Angebot einer sektorübergreifenden Behandlung formuliert. Zugleich wird hier auch ein Forschungsbedarf gesehen.

6.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte der Einbezug von aufsuchenden Elementen in die Behandlung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Drop Out Rate - Abbruch der Behandlung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Rückfallquote: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Klinische Outcomes F2/SMI: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Soziales Funktionsniveau: niedrig ⊕⊕⊖⊖ Allgemeines Funktionsniveau (GAF): niedrig ⊕⊕⊖⊖ Lebensqualität: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 3 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

In einer zweiten Analyse im bereits oben erwähnten Cochrane Review (Hunt et al., 2019) wurden Behandlungsformen mit aufsuchenden Elementen mit einer Behandlung ohne aufsuchende Elemente (TAU) bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht verglichen (Hunt et al., 2019, Vergleich Nr. 2). Die Interventionsgruppe war in sich nicht ganz homogen, weil sie nicht ausschließlich das klassische multiprofessionelle aufsuchende Behandlung (Assertive Community Treatment, ACT) umfasste, sondern auch ein Modell eines intensiven Case Management und weitere Managementdienste mit aufsuchenden Elementen einbezog. In der Meta-Analyse wurden vier ältere RCTs aus den 1990er Jahren berücksichtigt; ferner wurden Ergebnisse aus zwei weiteren RCTs berichtet, aber aus methodischen Gründen nicht in die Meta-Analyse einbezogen. Auch hier wurden mehrere Outcomes wie Behandlungsabbrüche, Substanzkonsum, psychische Symptomatik, stationäre Wiederaufnahmen, allgemeines Funktionsniveau, Lebensqualität, Wohnsituation und forensische Komplikationen an verschiedenen Follow-Up-Zeitpunkten überwiegend nach 6 bis 18 Monaten und vereinzelt bis zu 30 Monate

nach Studieneinschluss berichtet. Es wurden viele Ergebnisse, u.a. zum Ausmaß des Konsums, wegen schiefer Datenverteilung aus den metaanalytischen Auswertungen ausgeschlossen (Hunt et al., 2019).

Es gab keinen Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der Zahl der Behandlungsabbrüche nach 12 Monaten (primärer Outcome, RR 1,21, 95 % KI 0,73 bis 1,99; 134 Teilnehmende; drei Studien). Auch hinsichtlich anderer Kriterien und Follow-Up-Zeitpunkte zeigten sich keine klaren Vorteile der Behandlung mit aufsuchenden Elementen. An einem einzelnen Zeitpunkt (18 Monate nach Einschluss) wurde ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zuungunsten der Interventionsgruppe hinsichtlich der Rollenfunktionalität/sozialen Anpassung (Role functioning scale) auf Basis von nur einem RCT mit 50 Patient*innen berichtet, allerdings wurde in der gleichen Studie und zum gleichen Follow-Up-Zeitpunkt mit Hilfe einer zweiten Skala zum ähnlichen Konstrukt der sozialen Anpassung (Social adjustment scale) tendenziell ein Vorteil der Interventionsgruppe festgestellt (Jerrell 1995b). Weitere tendenzielle Vorteile der Interventionsgruppe wurden für Lebensqualität, kumulative Verweildauer im Krankenhaus, Wiederaufnahmen und die Wohnsituation berichtet. Die Qualität der Evidenz war insgesamt niedrig, insbesondere wegen einer hohen Ungenauigkeit aufgrund kleiner Stichprobengrößen, niedriger Ereignisraten und großer Konfidenzintervalle.

In der Zusammenschau liegt keine überzeugende wissenschaftliche Evidenz für die ACT speziell bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht vor. Die aufsuchende Behandlung wird jedoch sowohl in der S3-Leitlinie Schizophrenie als auch in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen teilweise gestützt auf wissenschaftliche Evidenz und teilweise als Expert*innenkonsens empfohlen (DGPPN, 2025b, Empfehlungen 132, 142, 143; DGPPN, 2025a, Empfehlungen 16 und 17). Aus Expert*innensicht ist eine flexible, bedarfsadaptierte Behandlung mit aufsuchenden Elementen auch und gerade bei den häufig schwer betroffenen Menschen mit dieser Komorbidität sinnvoll und erfolversprechend. Seitens der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist auch eine hohe Präferenz für das Angebot einer aufsuchenden Behandlung erwartbar. In der Zusammenschau wurde deswegen trotz fehlender Evidenz speziell für Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht eine schwache Empfehlung für das Angebot einer aufsuchenden Behandlung formuliert.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 6)

Nutzen und Schaden:	Nicht festgelegt
Bei den Endpunkten zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Gruppe, die ACT und der Gruppe, die keine aufsuchende Behandlung erhielt. Daher kann weder ein klarer Nutzen noch ein klarer Schaden festgestellt werden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen des Reviews (Hunt et al. 2019) sich auf wenige RCTs mit wenigen Teilnehmenden und bei einzelnen Outcomes sogar auf nur ein oder zwei RCTs beruhen und oft breite Konfidenzintervalle vorlagen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet

Hinsichtlich des Einbezugs von aufsuchenden Elementen in die Behandlung ist eine geringe Variabilität von Präferenzen der Betroffenen und Angehörigen zu erwarten. Die Mehrheit der Betroffenen und Angehörigen dürfte das Angebot einer aufsuchenden Behandlung im eigenen häuslichen Umfeld gerne in Anspruch nehmen. Angehörige berichten von einer großen Entlastung ihrer Sorgearbeit für die Erkrankten, wenn diese aufsuchende Hilfen und lebenspraktische Unterstützung in ihrem Wohnumfeld erhalten (z.B. im Rahmen von ambulant betreutem Wohnen, psychiatrische Pflege). Dennoch kann es im Einzelfall Gründe geben, die gegen aufsuchende Hilfen sprechen; diese sind dann zu berücksichtigen.

Ressourcen: Nicht festgelegt

Der Einbezug von aufsuchenden Elementen in die Behandlung kann umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort stark variieren. Es ist kurzfristig mit einem höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.

7.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:		
1. EK ↑↑	Menschen mit einer Komorbidität aus Psychose und Substanzkonsumstörung soll eine Behandlung angeboten werden, die mittel- oder langfristig entweder auf Abstinenz oder auf eine klinisch relevante Konsumreduktion hin motiviert.	
2. EK ↔	Im klinisch stationären Setting kann eine Abstinenzforderung sinnvoll sein, mit der Folge einer Beendigung des Aufenthalts bei wiederholtem Konsum und anhaltend unzureichender Veränderungsbereitschaft.	
3. EK ↑↑	In solchen Fällen soll in der Regel eine Weiterbehandlung im ambulanten Setting angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltung)	

In der Vergangenheit war bei der klinischen Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine streng abstinentzfordernde Haltung verbreitet, so dass Betroffene von Therapieangeboten häufig ausgeschlossen wurden, wenn sie rückfällig wurden. Zwischenzeitlich hat sich eine Haltung durchgesetzt, die an Abstinenz oder alternativ an Konsumreduktion orientiert ist (DGPPN & DG-Sucht, 2020, Empfehlungen 3.8.3.2 und 4.7.1.10). Bei dieser abstinentzorientierten und motivierenden Haltung ist das therapeutische Personal bestrebt, die Betroffenen in der Entwicklung einer Motivation für Abstinenz oder Konsumreduktion zu unterstützen, diese Motivation aufrechtzuerhalten und Unterbrechungen der Abstinenz zu überwinden. Diese Grundhaltung hat aus Expert*innensicht zwischenzeitlich die frühere abstinentzfordernde Haltung weitgehend abgelöst.

Aus Sicht der Leitliniengruppe soll diese Grundhaltung auch für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht leitend sein. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass Bemühungen der Betroffenen um Abstinenz oder Konsumreduktion validiert und sie trotz Rückfällen

oder fortgesetzten Konsums weiterhin Behandlungsangebote erhalten sollen. Erfahrungsgemäß gelingt dies insbesondere im ambulanten Rahmen, in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, in den Institutsambulanzen und bei Beratungsstellen gut.

Im stationären und insbesondere im klinisch-stationären Setting, d. h. im Krankenhaus, kann es allerdings in individuellen Fällen gerechtfertigt sein, den Aufenthalt zu beenden, wenn es wiederholt zu Konsum gekommen ist und die Veränderungsbereitschaft zum aktuellen Zeitpunkt unzureichend ist, wenn deswegen die Aussicht auf Erfolg der stationären Behandlung gering erscheint und/oder wenn Mitpatient*innen belastet und ihr Therapierfolg durch eine ungünstige Entwicklung des Stationsmilieus gefährdet wird. Keinesfalls soll es einen „Automatismus“ der Entlassung aus der stationären Behandlung bei Konsum geben, vielmehr sollen die Gründe und die Alternativen idealerweise gemeinsam mit den Betroffenen individuell abgewogen werden. In aller Regel soll in solchen Fällen bei der Entlassung aus der stationären Behandlung eine Weiterbehandlung im ambulanten Setting und eine Perspektive für eine Reevaluation der Indikation für eine stationäre Wiederaufnahme zum späteren Zeitpunkt angeboten werden. Eine Ausnahme von dieser Regel ist denkbar, wenn z.B. der/die Betroffene nicht nur selbst konsumiert, sondern auch Konsummittel an Mitpatient*innen verkauft hat oder andere illegale Aktivitäten und/oder erheblich belastende Verhaltensweisen gegenüber Mitpatient*innen oder Personal vorlagen und die Veränderungsbereitschaft auch diesbezüglich unzureichend erscheint.

4.3 Rehabilitation

Die Ansätze und Settings der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Psychosen und für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind im deutschen Versorgungssystem traditionell getrennt. Die Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind insgesamt umfangreich, während es für Menschen mit Psychosen nur wenige medizinische Rehabilitationsangebote gibt. Die medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen findet in spezialisierten stationären und ambulanten Einrichtungen statt („Entwöhnungsbehandlung“, stationäre Sucht-Reha und ambulante Nachsorge). Hierzu wird auf die S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen verwiesen. Menschen mit einer komorbiden Psychose stehen die Angebote der Sucht-Reha grundsätzlich offen, wobei sich mancherorts Einrichtungen mit Fokus auf Menschen mit der Komorbidität entwickelt haben (DGPPN & DG-Sucht, 2020).

Anders als bei der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich die Ansätze und Settings der sozialen Rehabilitation für Menschen mit Psychosen und für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nicht grundsätzlich. Die Unterstützungsmaßnahmen umfassen u.a. Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit, Ausbildung und zu anderen Aspekten der sozialen Teilhabe. Hierzu wird an die S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b) und die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2025a) verwiesen. Es ist wichtig, dass Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht diese Angebote zur sozialen Rehabilitation und Teilhabe auch erhalten.

8.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine medizinisch rehabilitative Maßnahme (Sucht-Reha) angeboten	

EK ↑	werden. Wenn verfügbar, sollte die Sucht-Reha in einer Einrichtung mit Spezialisierung/Fokus auf Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht angeboten werden.
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

Menschen mit Schizophrenie sollten laut der S3-Leitlinie Schizophrenie Rehabilitationsangebote erhalten, wenn sie dies wünschen (DGPPN, 2025b, Empfehlung 129). Aus Sicht der Leitliniengruppe dürfen Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht hinsichtlich der medizinischen Rehabilitationsangebote nicht schlechter gestellt werden als Betroffene mit einer Psychose ohne Suchtkomorbidität oder suchtkranke Menschen ohne eine komorbide Psychose. Entsprechend sollten sie insbesondere auch Angebote für eine Sucht-Reha erhalten. Es gibt bundesweit einige wenige Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation, die sich auf die Gruppe von suchtkranken Menschen mit komorbider Psychose spezialisiert haben und somit auch dem integrierten Ansatz bei der Behandlung folgen. Es konnten keine vergleichenden Datenauswertungen oder Studien identifiziert werden, die einen Vorteil dieser Spezialisierung hinsichtlich Patientenzufriedenheit und Outcomes belegen. Allerdings berichten sowohl Professionelle als auch Betroffene und Angehörige von besseren Erfahrungen mit diesen spezialisierten Reha-Einrichtungen. Ferner scheint es aus Expert*innensicht plausibel, dass sich mehr Erfahrung und damit auch Kompetenzen der Teams im Umgang mit dieser Gruppe von Betroffenen positiv auf die Qualität der Behandlung auswirken dürften. In der Zusammenschau wurde deswegen trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz eine schwache Empfehlung für das Angebot einer Sucht-Reha formuliert. Zugleich wird hier ein Forschungsbedarf gesehen.

9.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden, wie sie in der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beschrieben sind.	
	Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)	

Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sind häufig schwer erkrankt mit lang andauernden Krankheitssymptomen, kognitiven und sozialen Einschränkungen sowie daraus resultierendem Unterstützungsbedarf. Es ist darauf zu achten, dass die Betroffenen hinsichtlich der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht schlechter gestellt werden im Vergleich zu Menschen mit schweren psychischen Störungen ohne eine komorbide Suchterkrankung. Es liegen keine Studien vor, die den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen speziell bei dieser Betroffenenengruppe untersucht haben, deswegen stützt sich dieser Expertenkonsens auf die S3-Leitlinie Schizophrenie und die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Die S3-Leitlinie Schizophrenie spricht sich für ein selbstbestimmtes Wohnen in der Gemeinde mit aufsuchender Unterstützung (Betreutes Wohnen) aus, rasche Plat-

zierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes mit der notwendigen Unterstützung (Supported Employment; Individual Placement and Support) und Unterstützungsmaßnahmen für eine Ausbildung (DGPPN, 2025b, Empfehlungen 132 – 136). Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen hebt in den Empfehlungen 35 bis 39 unter anderem die Bedeutung der beruflichen Teilhabe, die Notwendigkeit gezielter Unterstützung, zum Beispiel durch „supported Employment“, sowie die Relevanz einer abgeschlossenen Ausbildung hervor (DGPPN, 2025a, Empfehlungen 35 bis 39).

4.4 Prävention

Bei der Prävention wird grundsätzlich zwischen universellen, selektiven und indizierten Ansätzen unterschieden. Selektive Ansätze richten sich an risikobehaftete Populationen, die (noch) gesund und beschwerdefrei sind, während indizierte Ansätze sich an Menschen richten, die bereits Beschwerden und/oder erste Symptome aufweisen. Für präventive Ansätze im Hinblick auf die einzelnen Erkrankungen (substanzbezogene Störungen und Psychosen) wird an die S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020), die S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b) und die S3-Leitlinie Bipolare Störungen (DGBS & DGPPN, 2019) verwiesen. Da Menschen mit Psychosen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung substanzbezogener Störungen und vice versa haben, entsprechen die speziellen präventiven Maßnahmen mit Fokus auf die Komorbidität den selektiven und indizierten Ansätzen.

Die Früherkennung durch gezieltes Ansprechen und Abfragen von Konsumgewohnheiten bei Menschen mit Psychose sowie das Ansprechen und Abfragen psychotischer oder psychosenaher Erlebnisweisen bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen kann primär- oder auch sekundärpräventiven Zielen dienen, da durch eine Frühintervention der klinischen Manifestation einer (zweiten, komorbiden) Erkrankung vorgebeugt oder die Krankheitsausprägung günstig beeinflusst werden kann (siehe Kapitel 3, Empfehlungen 1 und 2). Dies gilt auch für eine Psychoedukation zu den Risiken des Cannabis- und Stimulanzienkonsums bei (insbesondere jungen) Menschen mit Psychose sowie zum Risiko des Auftretens von Psychosen bei (insbesondere jungen) Cannabis- und Stimulanzienkonsumenten. Die medizinisch-therapeutischen, psychosozialen und rehabilitativen Maßnahmen dienen sekundär- und tertiärpräventiven Zielen wie die Rezidivprophylaxe, Reduktion der psychosozialen Belastungen und Verbesserung der Teilhabe (siehe Kapitel 5 und 6).

Hinsichtlich der Psychopharmakotherapie sprechen neuere Daten aus Registerstudien dafür, dass eine medikamentöse antipsychotische Behandlung bei Menschen mit Psychose einen suchtpreventiven Effekt im Sinne einer Primärprävention haben könnte, wobei bestimmte Substanzen hier vorteilhafter erscheinen (siehe Kapitel 5). Darüber hinaus liegen keine Studien zur Wirksamkeit präventiver Interventionen bei Personen mit einer bestehenden psychotischen oder bipolar affektiven Störung und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung vor. Ebenso existieren keine Studien, die bei einer bestehenden Substanzgebrauchsstörung die Entwicklung einer psychotischen oder bipolar affektiven Störung untersuchen. Hier besteht Forschungsbedarf für prospektive Langzeituntersuchungen.

4.5 Literaturverzeichnis

Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Petersen, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., & Vaccaro, J. V. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually

- diagnosed homeless adults. *Journal of addictive diseases*, 14(4), 111–134. https://doi.org/10.1300/j069v14n04_07
- Chandler, D. W., & Spicer, G. (2006). Integrated treatment for jail recidivists with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Community mental health journal*, 42(4), 405–425. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9055-6>
- Crockford, D. & Addington, D. (2017). Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 624–634. <https://doi.org/10.1177/0706743717720196>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Version 2.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version 3.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 201–215. <https://doi.org/10.1037/h0080330>
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F., & Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(2), 185–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.185>
- Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(41), 683–691. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0683>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 566–576. <https://doi.org/10.1097/00005053-199509000-00002>
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., Yonker, R. D., Lama, G., Lemming, M. R., & McCudden, S. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community mental health journal*, 42(4), 377–404. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9050-y>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people (CG120). Verfügbar: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109783/pdf/Bookshelf_NBK109783.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025); zuletzt aktualisiert: 07.05.2024.

5 Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren

5.1 Pharmakotherapie

In der Behandlung von Menschen mit Psychosen spielt die antipsychotische Psychopharmakotherapie zur Akuttherapie der psychotischen Symptome sowie zur Langzeittherapie in der Rezidivprophylaxe eine herausragende Rolle. Bei Menschen mit Bipolaren affektiven Störungen kommen darüber hinaus Stimmungsstabilisierer wie Lithium oder Antiepileptika zur Phasenprophylaxe zur Anwendung. Bei den Abhängigkeitserkrankungen kommen Anti-Craving-Substanzen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums zum Einsatz. Grundsätzlich gelten für die Anwendung dieser Medikamente bei Menschen mit Psychose und komorbider Suchterkrankung dieselben therapeutischen Grundsätze sowie Indikationen und Kontraindikationen wie bei Menschen mit isolierten Psychosen oder Suchterkrankungen.

5.1.1 Akuttherapie bei Entzugssymptomen

Eine besondere Situation stellt die Entzugsbehandlung bei Komorbidität dar. Dabei ist es wichtig, für die Betroffenen gefährliche Entzugskomplikationen wie Delirien, epileptische Anfälle, hypertensive Krisen und Herzrhythmusstörungen zu verhindern.

10.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll bei akuten Entzugssymptomen unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen eine pharmakologisch unterstützte Entzugsbehandlung wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Psychose erfolgen.	
Adaptation der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; AWMF-Registernummer 076-001)		
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (24 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

In der Literaturrecherche konnten keine systematischen Reviews von RCTs oder RCTs identifiziert werden, die bezüglich einer Akuttherapie bei Entzugsbehandlungen mit Clomethiazol, Benzodiazepinen, Antiepileptika oder anderen Medikamenten bestimmte Vor- oder Nachteile bei Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Suchterkrankung aufzeigen. Zu beachten sind mögliche medikamentöse Interaktionen, sedierende Effekte, kardiologische Nebenwirkungen, Auswirkungen auf Leber oder Bauchspeicheldrüse, anticholinerge sowie delirfördernde Effekte, sowie die mögliche Steigerung einer zerebralen Anfallsbereitschaft durch in der Entzugsbehandlung eingesetzte Medikamente.

Relevant sind insbesondere die Schlüsselempfehlungen 3.4.3.1 – 3.4.3.24 der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020). Darüber hinaus können berücksichtigt werden: Die Empfehlungen der S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen, der S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen und der S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. Schließlich kann auch die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen zu Rate gezogen werden, allerdings ist deren Gültigkeit bereits

abgelaufen. Gemäß der Empfehlung 4-14 der S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen sollten hochpotente Antipsychotika in der Akutbehandlung Methamphetamin-abhängiger Personen nicht zur Linderung von Entzugssymptomen eingesetzt werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung et al., 2016).

5.1.2 Antipsychotische Pharmakotherapie

Bei der Komorbidität einer Psychose und einer Suchterkrankung beeinflussen sich die beiden Erkrankungen gegenseitig; daher kann jede Pharmakotherapie, die zu einer Stabilisierung der Symptome der Psychose beiträgt, sich auch positiv auf den Krankheitsverlauf der Suchterkrankung auswirken. Die Reduktion von psychotischen oder affektiven Symptomen ist nach klinischer Erfahrung häufig indirekt verbunden mit einem geringeren Substanzkonsum, insbesondere, wenn er als Selbstmedikation, Mittel zur Affektregulation oder als Ausdruck von Kontrollverlust interpretiert werden darf. Die antipsychotische Pharmakotherapie ist ein Grundpfeiler der Behandlung von Menschen mit Psychosen. Entsprechend ist auch bei Menschen mit einer Psychose und einer komorbiden Suchterkrankung auf eine adäquate antipsychotisch wirksame Pharmakotherapie mit Beachtung der Verträglichkeit zu achten.

11.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts eine Pharmakotherapie der Psychose wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Suchterkrankung angeboten werden entsprechend der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen.	
Adaptation der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b; AWMF-Registernummer 038-009) und der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (DGBS & DGPPN, 2019; AWMF-Registernummer 038-019)		
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (24 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Die antipsychotische medikamentöse Therapie von psychotischen Störungen oder der Bipolaren affektiven Störung bei Komorbidität mit Suchterkrankungen beruht insbesondere auf der Gabe von Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern je nach aktueller Symptomatik. Relevant sind hier insbesondere die Schlüsselempfehlungen des Abschnitts Allgemeine Prinzipien der Pharmakotherapie (Empfehlungen 15-47) und die komorbiditätsspezifische Empfehlung 105 („Soll“-Empfehlung für das Angebot einer antipsychotischen Behandlung für Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbide Substanzstörung und für die Präferenz für Substanzen mit möglichst wenigen anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b)), sowie die Schlüsselempfehlungen der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen aus dem Abschnitt 5.2.1 Pharmakotherapie (DGBS & DGPPN, 2019, Empfehlungen Therapie-Manie 1 bis Therapie-manie 25). Zu unterscheiden sind antipsychotische medikamentöse Strategien bei akuten Krankheitsphasen oder als Erhaltungstherapie.

Im Zusammenhang mit komorbiden Suchterkrankungen bzw. auch mit dem Risiko eine komorbide Substanzkonsumstörung zu entwickeln, sind einige Besonderheiten bezüglich der antipsychotischen Pharmakotherapie zu beachten.

Als terminologische Vorbemerkung sei hier angefügt, dass die Leitliniengruppe nur eine Unterscheidung von Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation getroffen hat. Während die Antipsychotika der ersten Generation sich durch einen besonders starken Antagonismus am Dopamin-2-Rezeptor auszeichnen, ist bei Antipsychotika der zweiten Generation das Rezeptorprofil im Allgemeinen breiter und die Blockade von Serotoninrezeptoren (5-HT_{2a} und 5-HT_{2b}) ist zum Teil stärker als die von Dopaminrezeptoren. Aripiprazol wird nach neuerer Nomenklatur zu den Antipsychotika der dritten Generation gezählt, die sich durch einen partiellen D₂-Rezeptoragonismus auszeichnen. Diese Unterscheidung von Antipsychotika der zweiten und der dritten Generation hat sich im klinischen Alltag jedoch noch nicht durchgesetzt bzw. sie ist nicht weit verbreitet, sodass Aripiprazol in der vorliegenden Leitlinie noch zu den Antipsychotika der zweiten Generation gerechnet wird. Ein Überblick zu den pharmakologischen Eigenschaften der Antipsychotika findet sich beispielsweise bei Hahn (2018).

Antipsychotika der ersten Generation („typische Antipsychotika“) könnten theoretisch durch die relativ starke und selektive Blockade von Dopamin-D₂-Rezeptoren im mesolimbischen System Suchtmechanismen über das dopaminerge Belohnungssystem direkt pharmakologisch verstärken. Zudem ist es denkbar, dass die eher ungünstigen Wirkungen der Antipsychotika der ersten Generation auf Negativsymptome, die häufig berichtete Anhedonie und dysphorische Verstimmung sowie die extrapyramidalen Nebenwirkungen (EPMS), die Tendenz zum Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation verstärken könnten. Antipsychotika der zweiten Generation („atypische Antipsychotika“) sind häufig wirksamer gegen Negativsymptome, und ihr Nebenwirkungsprofil ist hinsichtlich EPMS, Dysphorie, Unruhe und Anhedonie günstiger (wenngleich sie in anderen Bereichen wie Gewichtszunahme und metabolisches Syndrom problematischer sein können). Folglich ist es denkbar, dass Antipsychotika der zweiten Generation über direkt pharmakologische *und/oder* über indirekte Mechanismen Vorteile gegenüber den Antipsychotika der ersten Generation in der Behandlung komorbider Patienten mit Sucht haben könnten. Und in der Tat gab es bereits früh Hinweise aus Fallserien und naturalistischen Studien dafür, dass Patient*innen mit Suchtkomorbidität nach Umstellung auf ein Antipsychotikum der zweiten Generation, insbesondere auf Clozapin, weniger unter ihrem Suchtdruck (Craving) litten und ihre Konsummengen reduzieren konnten (Übersicht in Green et al., 2008).

12.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollte auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung eine pharmakologische Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and re-	

Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖	lapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

Die Evidenz für die Empfehlung einer antipsychotischen Pharmakotherapie zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer Suchterkrankung basiert auf einer skandinavischen Langzeit-Registerstudie mit Routinedaten aus Schweden und Finnland (Lähteenvuo et al., 2022), die sowohl Menschen mit Schizophrenie als auch Menschen mit schizoaffektiver Störung einschloss. In dieser Studie mit insgesamt 45.476 Menschen mit einer Schizophrenie oder einer Schizoaffektiven Störung war das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung niedriger, wenn sie eine antipsychotische Medikation erhielten. Am niedrigsten war das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung, wenn die Personen mit Clozapin behandelt wurden (verglichen mit allen Personen, die kein Clozapin erhielten; finnische Kohorte: adjustierte Hazard Ratio (aHR) 0,20; 95 %-KI 0,16 bis 0,24; schwedische Kohorte: aHR 0,35; 95 %-KI 0,24 bis 0,50). In beiden Ländern konnte auch für Aripiprazol (finnische Kohorte: aHR 0,36; 95 %-KI 0,24 bis 0,55; schwedische Kohorte: aHR 0,70; 95 %-KI 0,51 bis 0,95), für eine antipsychotischen Kombinationsbehandlung (finnische Kohorte: aHR 0,47; 95 %-KI 0,42 bis 0,53; schwedische Kohorte: aHR 0,54; 95 %-KI 0,44 bis 0,66), für Olanzapin (finnische Kohorte: aHR 0,49; 95 %-KI 0,42 bis 0,57; schwedische Kohorte: aHR 0,67 (0,53 bis 0,84) und für Depotantipsychotika (finnische Kohorte: aHR 0,62; 95 %-KI 0,51 bis 0,75; schwedische Kohorte: aHR 0,70; 95 %-KI 0,52 bis 0,93) ein reduziertes Risiko für die Entwicklung einer komorbiden Suchtstörung gezeigt werden. Bei Risperidon, Quetiapin und anderen oralen Antipsychotika zeigte sich der Effekt nur in der finnischen, aber nicht in der schwedischen Kohorte.

Diesem klinischen Nutzen gegenüber steht das Risiko von Nebenwirkungen der antipsychotischen Medikation. Studien zur vergleichenden Quantifizierung von Nutzen und Nebenwirkungsrisiko in dieser Betroffenengruppe sind jedoch nicht verfügbar.

Die Alternative eines Verzichts auf eine antipsychotische Therapie war in einer skandinavischen Registerstudie in der Gruppe der an einer Schizophrenie oder an einer Schizoaffektiven Störung Erkrankten generell mit einer erhöhten Langzeitmortalität behaftet (adjustierte Hazard Ratio für Mortalität aller Ursachen bei Antipsychotikatherapie im Vergleich zum Verzicht auf Antipsychotikatherapie 0,48 (95 %-KI 0,46 bis 0,51; Taipale et al., 2020)). Daraus wird geschlossen, dass die Nebenwirkungen der antipsychotischen Pharmakotherapie zumindest statistisch die Mortalität in der Langzeittherapie nicht erhöhen. Das wird auch von einer chinesischen Meta-Analyse unterstützt, in der die Mortalitätsraten bei Menschen mit einer Schizophrenie bei einer Nichtbehandlung höher waren als bei einer antipsychotischen Pharmakotherapie (Jia et al., 2022).

Antipsychotika der zweiten Generation sind in oraler und Depotformulierung erhältlich und können individuell im Rahmen einer Langzeittherapie gemäß den Präferenzen der Betroffenen verschrieben werden. Eine Abwägung der Langzeitnebenwirkungen durch Antipsychotika der zweiten im Vergleich

zu Antipsychotika der ersten Generation muss grundsätzlich im Rahmen einer individuellen Risiko-Nutzenabwägung erfolgen. Insbesondere bei Clozapin sind Einschränkungen der Anwendbarkeit, mögliche hämatologische Nebenwirkungen bis hin zur Agranulozytose, Herzerkrankungen (wie Myokarditis, Kardiomyopathie) oder metabolische Langzeiteinflüsse, wie Gewichtszunahme und die Entwicklung eines Diabetes mellitus, zu beachten. Clozapin wird in Deutschland bei Therapieresistenz und somit bei schweren Verläufen verordnet und es unterliegt besonderen Sicherheitsauflagen. Die S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt bei Therapieresistenz einen Therapieversuch mit Clozapin in Monotherapie (Empfehlungen 44a, starke Empfehlung, DGPPN 2025). Wenn Clozapin nicht wirksam, nicht vertragen, kontraindiziert oder nicht gewünscht wird, kann eine Kombinationsbehandlung aus zwei Antipsychotika angeboten werden (Empfehlung 44b, starke Empfehlung, DGPPN 2025). Obwohl die Evidenz für Clozapin hinsichtlich der Suchtprävention in der Registerstudie von Lähteenvuo et al. (2022) am besten war, wurde Clozapin in der Empfehlung 12 aufgrund dieser Besonderheiten nicht besonders hervorgehoben, sondern es wurde eine Gruppenempfehlung für Antipsychotika der zweiten Generation ausgesprochen, zu denen hier auch Clozapin gezählt wird.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 12)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Die Vermeidung von komorbiden Suchterkrankungen stellt einen erheblichen Nutzen dar.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen nur auf einer Langzeit-Registerstudie beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Nicht festgelegt
Eine antipsychotische Pharmakotherapie ist bei Menschen mit einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien vorübergehend oder langfristig klinisch indiziert. Im Rahmen der Erkrankungen wird eine antipsychotische Pharmakotherapie immer wieder auch abgelehnt. Im Langzeitverlauf kommt es bei etwa 40 % der Menschen mit Schizophrenie zur Non-Adhärenz mit der antipsychotischen Pharmakotherapie. Aus Angehörigensicht ist die Arbeit an der Behandlungseinsicht und der Medikamenten-Adhärenz wichtig.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Die antipsychotische Pharmakotherapie ist kostengünstig zugänglich und verfügbar.	

13.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Bei Menschen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung können auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung Depotantipsychotika oder eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Beachtung von möglichen Neben- und Wechselwirkungen erwogen werden.	
Qualität der Evidenz		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Wie bereits oben aufgeführt, konnte in zwei unabhängig erhobenen Langzeitbeobachtungsstudien aus Schweden und Finnland mit 45.476 Betroffenen mit einer Schizophrenie oder einer Schizoaffektiven Störung bei noch nicht bestehender komorbider Suchterkrankung eine Reduktion des Risikos für die Entwicklung einer Suchterkrankung beobachtet werden, wenn sie eine adäquate medikamentöse antipsychotische Therapie erhielten (Lähteenvuo et al., 2022). In beiden Kohorten konnte der Nutzen für antipsychotische Einzelsubstanzen (s. Empfehlung 12) und der Nutzen einer antipsychotischen Kombinationsbehandlung (finnische Kohorte: aHR 0,47; 95 %-KI 0,42 bis 0,53; schwedische Kohorte: aHR 0,54; 95 %-KI 0,44 bis 0,66) sowie für Depotantipsychotika (finnische Kohorte: aHR 0,62; 95 %-KI 0,51 bis 0,75; schwedische Kohorte: aHR 0,70; 95 %-KI 0,52 bis 0,93) für die Reduktion des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchtstörung gezeigt werden. Insgesamt sind allerdings aufgrund der naturalistischen Beobachtungen mögliche Gruppenselektionen zu beachten.

Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation sind in oraler und Depotformulierung erhältlich und können individuell im Rahmen einer Langzeittherapie gemäß den Präferenzen der Betroffenen verschrieben werden. Für die Depotmedikation wird auf eine potenziell bessere Verträglichkeit im Vergleich zu oralen Präparaten hingewiesen (Haddad und Correll, 2023; Wang et al., 2024a, 2024b). Bei der Kombinationstherapie wurde teilweise sogar eine geringere Mortalitätsrate im Vergleich zu einer Monotherapie berichtet (Jia et al., 2022). Eine antipsychotische Depotmedikation ist in Deutschland allerdings bisher nur für die Behandlung der Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien, nicht für die Bipolaren affektiven oder Schizoaffektiven Störungen, zugelassen.

Die Datenlage kann so interpretiert werden, dass mehr psychische Stabilität im Rahmen der psychotischen Grunderkrankung mit weniger riskantem Substanzkonsum assoziiert ist. Das wäre z.B. der Fall,

wenn bei Menschen mit einer Psychose die Notwendigkeit einer „Selbstmedikation“ oder „Affektregulation“ mit Suchtmitteln (vgl. Kapitel 2.2) geringer wäre bei höherer Grundstabilität. Umgekehrt gefährdet eine Suchtentwicklung die Stabilität und den Behandlungserfolg hinsichtlich der psychotischen Symptomatik und sie beeinflusst damit den Verlauf der psychotischen Erkrankung negativ, so dass hier in doppelter Hinsicht ein positiver Effekt der antipsychotischen Therapie zu vermuten ist. In Abwägung dieser Aspekte wurde eine offene Empfehlung („kann“) ausgesprochen.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 13)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Es sollte beachtet werden, dass im Sinne eines „stepped-Care“ Ansatz primär eine antipsychotische Monotherapie versucht werden sollte. Gründe für eine antipsychotische Kombinationstherapie könnten Nebenwirkungen bei höheren Dosierungen der Einzelsubstanzen sein, eine differentielle Behandlung unterschiedlicher Symptome, die Schwere der Erkrankung oder eine Therapieresistenz. Dem klinischen Nutzen hinsichtlich der Reduktion des Risikos für die Entwicklung einer komorbiden Substanzabhängigkeit stehen Nebenwirkungsrisiken bei der pharmakologischen Kombinationstherapie und der Anwendung langwirksamer Antipsychotika gegenüber.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen nur auf einer Langzeit-Registerstudie beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Einige Betroffene haben Vorbehalte gegenüber der antipsychotischen Depottherapie aufgrund der Notwendigkeit von Injektionen. Eine Therapie mit mehreren Antipsychotika wird von Betroffenen gelegentlich nicht gewünscht, um die Zahl der täglich einzunehmenden Tabletten zu begrenzen. Diese individuellen Präferenzen sind in einem ärztlichen Aufklärungsgespräch sorgfältig gegen den Nutzen dieser Therapieformen abzuwägen, sodass eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht wird.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Die antipsychotische Medikation ist kostengünstig zugänglich und verfügbar.	

14.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	In der antipsychotischen Pharmakotherapie von Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf Suchtdruck und Substanzkonsum Antipsychotika der zweiten Generation der Vorzug gegeben werden.	

Qualität der Evidenz	
<p>Klinischer Outcome F1 – Substanzkonsum, Cannabiskonsum, Alkoholkonsum sowie Craving sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K., & Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. <i>European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology</i>, 29(1), 32–45.</p>
<p>Klinischer Outcome F2 – Positiv- und Negativsymptomatik niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 2014(10), CD004837.</p>
<p>Klinischer Outcome F3 sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Rafizadeh, R., Danilewitz, M., Bousman, C. A., Mathew, N., White, R. F., Bahji, A., Honer, W. G., & Schütz, C. G. (2023). Effects of clozapine treatment on the improvement of substance use disorders other than nicotine in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of psychopharmacology (Oxford, England)</i>, 37(2), 135–143.</p>
<p>Unerwünschte Nebenwirkungen sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Temmingh, H. S., Williams, T., Siegfried, N., & Stein, D. J. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 1(1), CD011057.</p>
<p>Drop Out Rate sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	
<p>Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i>, 221(6), 758–765.</p>
<p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	
<p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 4 und 5 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 86.4 %, Konsens (19 Ja; 2 Nein; 1 Enthaltung)</p>

Der systematische Review von Krause et al. (2019) untersuchte bei Menschen mit Schizophrenie oder Schizoaffektiver Störung und komorbider Suchterkrankung als primären Outcome die Reduktion des

Substanzkonsums (legale und illegale Substanzen wie Alkohol, Medikamente, Cannabis, Amphetamin, Kokain etc.) mit Fokus auf der „Akutbehandlung“ (erste 3 bis 12 Wochen). Einzelne Substanzen wurden bei ausreichender Datenlage in Subanalysen dargestellt. Eingeschlossen wurden RCTs und untersucht wurden 34 verschiedene Antipsychotika der ersten und zweiten Generation mit Zulassung in den USA und/oder Europa. Weitere sekundäre Zielp Parameter waren der Rückgang von Suchtdruck, die Positiv- oder Negativsymptome, das Ansprechen auf die Behandlung, die Haltequote sowie Nebenwirkungen und Lebensqualität. Insgesamt wurden 27 Publikationen aus 19 RCTs mit 910 Teilnehmer*innen (88 % männlich) identifiziert. Die Dauer der Studien lag zwischen 4 und 72 Wochen, wobei der Fokus der Auswertung auf der Analyse der „Akutbehandlung“ lag, letztere definiert als 3 bis 12 Wochen. Acht Medikamente konnten in die Meta-Analyse eingeschlossen werden: Olanzapin und Risperidon (je zehn Studien), Haloperidol (sechs Studien), Clozapin (vier Studien), Ziprasidon (zwei Studien) sowie Aripiprazol, Perphenazin und Quetiapin (je eine Studie). Insgesamt sind die Ergebnisse schwer zu interpretieren, da oft nur zwei Substanzen in einer Studie gegeneinander verglichen wurden und sich hier keine klare Überlegenheit gegenüber den anderen nicht in den Studien enthaltenen Substanzen ableiten lässt.

Bezüglich einer Reduktion des Cannabiskonsums fanden sich positive Effekte für Clozapin im Vergleich zur Gruppe anderer Antipsychotika (Standardisierte mittlere Differenz (SMD) -1,08 [95 % KI -1,84; -0,32]) (Fig. 2b in Krause et al., 2019). Clozapin und Ziprasidon waren jedoch im direkten Vergleich gleich gut wirksam in Bezug auf den Cannabiskonsum. Hinsichtlich des Cannabis-Cravings waren Olanzapin und Risperidon im direkten Vergleich miteinander gleichwertig. Beim Craving nach Cannabis zeigte Risperidon jedoch Vorteile gegenüber Olanzapin. Alle Ergebnisse entstammen letztendlich nur aus jeweils einer Studie.

Bezüglich des Rückgangs von psychotischen Symptomen zeigte nur Olanzapin eine Überlegenheit gegenüber anderen antipsychotischen Medikamenten wie Risperidon, Quetiapin, Perphenazin und Ziprasidon. Bezogen auf Positivsymptome zeigte Olanzapin eine Überlegenheit gegenüber Quetiapin, Perphenazin und Ziprasidon, aber nicht gegenüber Haloperidol und Risperidon. Letztere Substanz war besser wirksam als Aripiprazol bei Betroffenen mit Amphetaminabhängigkeit. Clozapin war bei Betroffenen mit Cannabisabhängigkeit besser als Risperidon. Bei der Reduktion von Negativsymptomen zeigte sich gegenüber anderen Vergleichssubstanzen am ehesten eine Überlegenheit von Olanzapin und Clozapin. Bezüglich der Therapieresponse zeigten Haloperidol, Olanzapin und Risperidon keine Unterschiede. Bei den Daten für Therapieabbrüche im Allgemeinen unterschieden sich die Substanzen nicht. Während Clozapin gegenüber Ziprasidon weniger Drop-outs zeigte, war Ziprasidon Clozapin bezüglich des Auftretens von Nebenwirkungen überlegen. Hinsichtlich der Lebensqualität und des sozialen Funktionsniveaus gab es keine signifikanten Unterschiede. Risperidon zeigte weniger Gewichtszunahme im Vergleich zu Olanzapin, Clozapin mehr Sedierung im Vergleich zu anderen Antipsychotika.

Temmingh et al. (2018) untersuchten in einem Cochrane Review Risperidon bei Menschen mit der Komorbidität einer schweren psychischen Erkrankung und einer Substanzabhängigkeit. Unter einer schweren psychischen Erkrankung wurden hier Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien, Bipolare Affektive Störungen und Depressionen mit psychotischen Symptomen subsummiert. Ausgeschlossen wurden drogeninduzierte psychotische Störungen. Im Review wurden acht randomisierte Studien mit insgesamt 1.073 Teilnehmenden untersucht und sieben Studien eingeschlossen. Risperidon unterschied sich nicht zu Clozapin oder Olanzapin. Für andere Substanzvergleiche gab es keine ausreichende Datenlage. Für Risperidon im Vergleich zu Clozapin fanden sich keine eindeutigen Unterschiede hinsichtlich der Verringerung positiver psychotischer Symptome (ein RCT, n = 36, MD 0,90;

95 %-KI -2,21 bis 4,01, Belege von sehr geringer Qualität) oder der Verringerung des Cannabiskonsums (ein RCT, n = 14, RR 1,00; 95 %-KI 0,30 bis 3,35). Clozapin wurde mit einem geringeren Verlangen nach Cannabis in Verbindung gebracht (ein RCT, n = 28, MD 7,00; 95 %-KI 2,37 bis 11,63, sehr geringe Qualität der Nachweise). Für Risperidon im Vergleich zu Olanzapin fanden sich keine eindeutigen Unterschiede in Bezug auf die Abnahme positiver psychotischer Symptome (ein RCT, n = 37, MD -1,50; 95 %-KI -3,82 bis 0,82, sehr geringe Qualität der Nachweise), die Reduktion des Cannabiskonsums (ein RCT, n = 41, MD 0,40; 95 %-KI -4,72 bis 5,52, sehr geringe Qualität der Nachweise) und das Verlangen nach Cannabis (ein RCT, n = 41, MD 5,00; 95 %-KI -4,86 bis 14,86, sehr geringe Qualität der Nachweise).

In einem weiteren Cochrane-Review untersuchten McLoughlin et al. (2014) die Wirkungen von Antipsychotika zur Reduktion des Cannabiskonsums bei Menschen mit Schizophrenie sowie die Wirkungen von Cannabinoiden (cannabisähnliche chemische Verbindungen, die aus Cannabis gewonnen oder hergestellt werden) zur Symptomreduktion bei Menschen mit Schizophrenie. Acht randomisierte Studien mit 530 Teilnehmenden, die die Auswahlkriterien erfüllten, wurden identifiziert. Bei den Studien, die den Effekt von Antipsychotika auf den Cannabiskonsum untersuchten, zeigte sich kein Antipsychotikum überlegen. Insgesamt waren die Daten für viele interessierende Ergebnisse unzureichend. In einer kleinen Studie, in der die Effekte von Olanzapin und Risperidon auf das Ausmass des Cannabiskonsums verglichen wurden, gab es bei der mittelfristigen Nachbeobachtung keinen Unterschied zwischen den Gruppen (n = 16, ein RCT, RR 1,80; 95 %-KI 0,52 bis 6,22, mäßige Qualität der Nachweise). Auch die Zahl der Teilnehmenden, die die Studie mittelfristig vorzeitig verließen, war ähnlich (n = 28, ein RCT, RR 0,50; 95 %-KI 0,19 bis 1,29, mäßige Qualität der Evidenz). Es wurden Daten zur psychischen Verfassung berichtet, allerdings nur für einen kurzen Zeitraum, und es wurde kein Unterschied festgestellt. Für den Gesamtzustand, die allgemeine Funktionsfähigkeit und die Zufriedenheit mit der Behandlung wurden keine Daten vorgelegt.

In einer systematischen Übersichtsarbeit untersuchten Rafizadeh et al. (2023) die Effekte von Clozapin auf das Ausmaß des Konsums bei Menschen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien mit einer komorbiden Substanzkonsumstörung. Es wurden 31 Studien eingeschlossen, die allerdings zum Teil nicht prospektiv und nicht kontrolliert waren. Bezüglich der Abstinenzvorteile wurden Daten aus vier Studien (zwei prospektive und zwei retrospektive Kohortenstudien) mit insgesamt 327 Betroffenen in eine Meta-Analyse eingeschlossen. Dabei wurde ein Wirksamkeitsvorteil von Clozapin gegenüber anderen antipsychotischen Medikamenten bezüglich der Abstinenzzeiten bezogen auf Alkohol (vier Studien), Cannabis (zwei Studien) oder Kokain (eine Studie) ermittelt ($Z = 6,68$, $p < 0,00001$). Die deutlichsten Effekte ergaben sich für einen besseren Abstinenzhalt bei Alkoholabhängigkeit bei antipsychotischer Therapie mit Clozapin in vier Beobachtungsstudien (gepoolter Vergleich mit anderen Antipsychotika; adjustierte Odds Ratio (OR) 10,46; 95 %-KI 5,83 bis 56,87; $p < 0,00001$). Die Aussagen zur Reduktion der stationären Aufenthalte bezogen sich auf vier Studien, von denen drei positive Ergebnisse und eine Studie negative Ergebnisse zeigten.

In der Zusammenschau ergeben sich aus den vier Reviews Hinweise auf eine Überlegenheit von Clozapin hinsichtlich des Konsumverhaltens. Eine generelle Überlegenheit von Antipsychotika der zweiten Generation gegenüber denen der ersten Generation lässt sich nicht sicher ableiten. Unterstützend für eine Präferenz für Antipsychotika der zweiten Generation war die skandinavische Registerstudie von Lähtenvuo et al. (2022) mit 45.476 Psychose-Erkrankten, die zeigte, dass eine Behandlung mit Clozapin, aber auch mit anderen Antipsychotika der zweiten Generation, nicht nur mit einer geringeren Rate der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen (s. ausführliche Ergebnisdarstellung bei der Empfehlung 12), son-

dern bei den Betroffenen mit bereits manifestierter Suchtkomorbidität mit einer geringeren Rückfallrate (operationalisiert als die Anzahl stationärer Aufnahmen) sowohl hinsichtlich der Psychose als auch hinsichtlich der komorbiden Suchterkrankung assoziiert war. Unter den Fällen mit antipsychotischer Monotherapie waren die Ergebnisse mit Clozapin am besten (finnische Kohorte aHR 0.51, 95% CI 0.48–0.54; schwedische Kohorte aHR 0,51; 95 % KI 0,44 bis 0,58). Aber auch für Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol und Quetiapin zeigten sich Vorteile hinsichtlich der psychotischen Rückfälle. Schließlich zeigte sich für Olanzapin auch ein Vorteil hinsichtlich des Rückfallrisikos bei der Suchterkrankung. Die Personen, die eine antipsychotische Kombinationstherapie oder Depotantipsychotika erhielten, wiesen ähnlich gute Outcomes hinsichtlich der Psychose und des Substanzkonsums auf wie die Personen, die Clozapin erhielten (Lähteenvuo et al., 2022).

Obwohl die Evidenz für Clozapin bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht am besten war, entschied sich die Expert*innengruppe - wie auch bei der Empfehlung 12 - für eine Gruppenempfehlung für Antipsychotika der zweiten Generation, zu denen auch Clozapin gezählt wird, und nicht für eine explizite Empfehlung für Clozapin; dies aufgrund der Einschränkungen hinsichtlich der Patient*innenselektion für eine Clozapintherapie (Therapieresistenz) und der besonderen Sicherheitsauflagen (vgl. auch Hintergrundtext zu Empfehlung 12).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 14)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative Der Nutzen überwiegt den potenziellen Schaden der Nebenwirkungen.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz.
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität Einige Betroffene haben Vorbehalte gegenüber einer medikamentösen Therapie mit Antipsychotika. Antipsychotika der zweiten Generation erzielen aufgrund der besseren Verträglichkeit und der damit besseren Alltagsfunktionalität im Allgemeinen eine bessere Akzeptanz der Betroffenen, sie haben aber auch Nebenwirkungen. Individuelle Präferenzen sind in ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsgesprächen zu beachten.
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative Die Medikamente sind kostengünstig zugänglich und verfügbar

Aufgrund der limitierten Evidenz zu dieser Empfehlung wäre es notwendig, in Studien mit größeren Fallzahlen die Differentialindikation der Antipsychotika hinsichtlich ihrer Effekte auf die Suchterkrankung bei Personen mit Psychosen zu untersuchen. Dabei sollten klinisch relevante Endpunkte wie Abstinenzraten und Abstinenzdauern sowie die Frequenz und Intensität des Konsums gewählt werden.

15.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Abwägung möglicher Neben- und Wechselwirkungen angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 95,7 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

Die S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt bei Behandlungsresistenz zunächst eine Monotherapie mit Clozapin; erst bei mangelndem Ansprechen, Kontraindikationen oder Nebenwirkungen durch Clozapin wird eine Kombinationstherapie mit zwei Antipsychotika als Option aufgeführt (DGPPN, 2025b; Empfehlung 44b, „Kann-Empfehlung“). Wie bereits oben dargelegt, zeigte sich bei der skandinavischen Registerstudie von Lähteenvuo et al. (2022), dass Clozapin unter den antipsychotischen Monotherapien die besten Outcomes bei Psychose-Erkrankten mit komorbider Suchterkrankung hatte. Die Betroffenen, die eine antipsychotische Kombinationstherapie oder Depotantipsychotika erhielten, wiesen ähnlich gute Outcomes auf wie die Betroffenen, die Clozapin erhielten, sowohl hinsichtlich der Psychose als auch hinsichtlich des Substanzkonsums (Lähteenvuo et al., 2022). Vor diesem Hintergrund wird hier eine stärkere Empfehlung für eine antipsychotische Kombinationstherapie („Sollte-Empfehlung“) im Vergleich zu der S3-Leitlinie Schizophrenie gegeben.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 15)

Nutzen und Schaden:	Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Der Nutzen einer antipsychotischen Kombinationsbehandlung für den Verlauf der Suchterkrankung überwiegt den potenziellen Schaden aufgrund von Nebenwirkungen.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig

Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen nur auf einer Langzeit-Registerstudie beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Individuelle Präferenzen von Betroffenen hinsichtlich einer antipsychotischen Pharmakotherapie ergeben sich aus einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung im ärztlichen Gespräch. Es gibt keine systematischen Untersuchungen zu Präferenzen von Betroffenen zur Frage der Differentialindikation spezifischer Antipsychotika. Bei reduzierten Nebenwirkungen aufgrund von geringerer Gesamtdosierung der einzelnen Substanzen können sich aber auch Präferenzen der Betroffenen für eine Kombination ergeben.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Antipsychotische Psychopharmaka sind kostengünstig, verfügbar und zugänglich.	

16.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung kann sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine pharmakologische Langzeitbehandlung mit Depotantipsychotika angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F2/SMI: CGI-S moderat ⊕⊕⊕⊖	Cuomo, I., Kotzalidis, G. D., de Persis, S., Piacentino, D., Perrini, F., Amici, E., & De Filippis, S. (2018). Head-to-head comparison of 1-year aripiprazole long-acting injectable (LAI) versus paliperidone LAI in comorbid psychosis and substance use disorder: Impact on clinical status, substance craving, and quality of life. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 14, 1645–1656.	
Klinischer Outcome F1: Substanz Craving moderat ⊕⊕⊕⊖		
Lebensqualität (WHOQOL-BREF) moderat ⊕⊕⊕⊖		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen niedrig ⊕⊕⊖⊖		

Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 6 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 90,9 %, Konsens (20 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)

In einer 12-Monatsvergleichsstudie von Cuomo et al. (2018) zeigte sich bei Personen mit Schizophrenie oder Bipolarer affektiver Störung und Abhängigkeitserkrankung ein Rückgang des Substanzkonsums und eine Besserung der klinischen Symptomatik sowohl bei einmal monatlicher intramuskulärer Therapie mit 400 mg Aripiprazol Depot (Aripiprazol Monohydrat, n = 50) als auch bei Therapie mit 100 mg intramuskulärem Paliperidon (Paliperidonpalmitat, n = 51). Es wurde ein Vorteil von langwirksamen Aripiprazol vs. Paliperidon Depot bezüglich Craving und Lebensqualität ermittelt. Es handelte sich um eine prospektive und randomisierte, aber nicht verblindete Studie, und es fehlte eine Placebo- oder weitere Kontrollgruppe mit oraler Medikation. Die Ergebnisse unterstützen den Einsatz von Depotformulierungen von Aripiprazol oder Paliperidon bei der Komorbidität einer Schizophrenie oder einer Bipolaren Störung mit Suchterkrankung (Alkohol, Kokain, Cannabinoide oder Opiaten, für die Bipolaren Störungen handelt es sich hierbei allerdings um eine off-label-Verordnung). Es fehlt jedoch eine Placebogruppe zur Einschätzung der Gesamtwirksamkeit. Im Allgemeinen können Meta-Analysen zeigen, dass zumindest gegenüber den oralen Applikationsformen Depotantipsychotika der zweiten Generation zur Behandlung der Symptome bei akuter Schizophrenie wirksam sind und im Vergleich zu oralen Formulierungen hinsichtlich der Nebenwirkungen möglicherweise einige Vorteile bieten (Haddad & Correll, 2023; Wang et al., 2024).

In der bereits bei den Empfehlungen 12-15 aufgeführten skandinavischen Registerstudie von Lähteen-vuo et al. (2022) war die Behandlung mit Depotantipsychotika bei Betroffenen mit Psychose und einer komorbiden Suchterkrankung mit einer geringeren psychiatrischen Hospitalisierungsrate (finnische Kohorte aHR 0,58; 95 % KI 0,54 bis 0,62; schwedische Kohorte aHR 0,67; 95 % KI 0,62 bis 0,74) und einer geringeren Sucht-bedingten Hospitalisierungsrate (finnische Kohorte aHR 0,79; 95 % KI 0,71 bis 0,87; schwedische Kohorte aHR 0,84, 95 % KI 0,75 bis 0,94) assoziiert. Die Outcomes waren vergleichbar zu den Outcomes bei Behandlung mit Clozapin oder einer antipsychotischen Kombinationstherapie und besser als bei Behandlung mit anderen Monotherapien außer Clozapin. Die Befunde der Registerstudie unterstützen somit die Ergebnisse der Studie von Cuomo et al. (2018) hinsichtlich positiver Effekte der Behandlung mit Depotantipsychotika bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht.

Da bei Menschen mit Schizophrenie generell zwischen Depot- und oralen Antipsychotika keine relevanten Unterschiede in der Wirksamkeit nachweisbar sind (vgl. S3-Leitlinie Schizophrenie; DGPPN 2025; Empfehlung 37) wird hier eine neutrale Empfehlung („Kann-Empfehlung“) gegeben.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 16)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Dem nachgewiesenen hohen klinischen Nutzen stehen grundsätzlich die Nebenwirkungsrisiken der Anwendung langwirksamer Antipsychotika gegenüber. Allerdings sind die Risiken der parenteralen Verabreichung gering. Für langwirksame Antipsychotika konnte sogar eine bessere Verträglichkeit im Vergleich zu kurzwirksamen Antipsychotika gezeigt werden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig

Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Hinsichtlich der Depotantipsychotika ist die Akzeptanz bei vielen Betroffenen gut, da die Nebenwirkungsrate und vor allem die Wirksamkeit durch die Umstellung von einer oralen zu einer Depotformulierung häufig gebessert werden können. Andere Betroffene lehnen die Depotantipsychotika-Therapie jedoch wegen der Notwendigkeit der parenteralen Applikation ab oder auch, weil eine unveränderbare Medikation über Wochen und Monate keine individuellen Entscheidungen mehr zulässt. Hier ist im ärztlichen Aufklärungsgespräch eine gemeinsame Risiko-Nutzen-Bewertung unter Beachtung der individuellen Wertvorstellungen und Präferenzen der Betroffenen erforderlich.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Die Depotantipsychotika sind kostengünstig, zugänglich und verfügbar.	

5.1.3 Einsatz von Stimmungsstabilisierern

17.	Empfehlung	Adoption (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann Menschen mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und bipolare Störung angeboten werden, um Abstinenzchancen zu bessern oder bei Nichterreichenden das Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikationen).	
Adoption der Empfehlung 3.6.4.3.3 der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; AWMF-Registernummer 076-001)		
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)		

In der Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (DGPPN und DG-Sucht, 2020) wird in Empfehlung 3.6.4.3.3 formuliert *„Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann bei komorbiden PatientInnen (Alkoholabhängigkeit und bipolare Störung) angeboten werden, um Abstinenzchancen zu bessern oder bei Nichterreichenden das Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikation bei Frauen im gebärfähigen Alter).“* Unterstützend wird eine randomisierte kontrollierte Studie von Salloum et al. (2005) bei Menschen mit Bipolarer Störung und Alkoholismus betrachtet. Hier konnte die Überlegenheit von Valproinsäure in Kombination mit Lithium im Vergleich zu einer Monotherapie mit Lithium bei der Reduktion des Alkoholkonsums (Verminderung der Anzahl der „schweren“ Trinktage (definiert als > 4 alkoholische Getränke pro Tag bei Frauen und > 5 alkoholische Getränke pro Tag bei Männern) und der Anzahl der Drinks pro schwerem Trinktag) belegt werden. Zusätzlich zeigte sich tendenziell eine Verbesserung der Abstinenzzeiten (Verringerung des Anteils der Trinktage, p = 0,08).

Bei einer Behandlung mit Valproinsäure sind die individuelle Indikationsstellung und Aufklärung (off-label Gebrauch bei Kombination von Valproinsäure mit Lithium) sowie die Nebenwirkungen und Einschränkungen/Kontraindikationen bei Frauen im gebärfähigen Alter zu beachten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2017; Deutsche Gesellschaft für Epileptologie, 2024).

In Bezug auf die medikamentöse Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Bipolaren Störung und einer Substanzkonsumstörung mit Quetiapin und Topiramid s. Empfehlung Nr. 39 im Kapitel 7.3.

5.1.4 Therapie zur Verhütung von Konsumrückfällen und Konsumreduktion

18.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: <p style="text-align: center;">B ↑</p>	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte Naltrexon zur Förderung der Abstinenz angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ unerwünschte Ereignisse: Hospitalisierung niedrig ⊕⊕⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropsychopharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.	
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Generell haben zahlreiche systematische Reviews und Meta-Analysen den Nutzen einer medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sowohl mit Acamprosat als auch mit Naltrexon belegt (McPheeters et al., 2023; DGPPN & DG-Sucht, 2020).

Bei Personen mit komorbiden psychotischen Erkrankungen im Speziellen ergibt sich erwartungsgemäß eine wesentlich geringere Evidenzlage anhand spezifisch durchgeführter Studien.

Zur Beantwortung dieser Frage in dieser Subpopulation lag ein systematischer Review vor, der sich mit der postakuten Behandlung der Alkoholabhängigkeit bei Personen mit psychotischen Erkrankungen befasste (Rosenstand et al., 2024). Unterstützend wurde ein weiterer systematischer Review zur Wirksamkeit von Naltrexon hinzugezogen, der jedoch keine über den Stand von Rosenstand et al. (2024) hinausgehenden Erkenntnisse ergab (Radua et al., 2024). Es wurden Studien zur psychopharmakologischen Behandlung der Alkoholgebrauchsstörungen mit den Zielparametern „Trinkmenge“, „Abstinenzzeiten“, „psychische Gesundheit“, „Nebenwirkungen“ und „medikamentöse Interaktionen“ analysiert.

Zwölf Studien wurden eingeschlossen, davon sechs doppelblinde oder offene RCTs, drei offene bzw. einarmige Studien und drei retrospektive Chartanalysen mit 12 bis 254 Teilnehmenden pro Studie. Acht Studien wurden ambulant und zwei stationär durchgeführt, bei zwei Studien war dies unklar. Die meisten Probanden waren Männer im Alter von 30-50 Jahren. Outcomes waren „Trinktage“, „Abstinenzzeiten“, „Alkoholkonsum über die Zeit“ und/oder die „Alcohol use scale“ im Verlauf. Eine Meta-Analyse wurde nicht berechnet. Die meisten Studien behandelten mit Naltrexon, Disulfiram oder einer Kombination dieser Substanzen. Eine Studie prüfte Acamprosat, eine Nalmefen. Die Behandlungen dauerten in den meisten Fällen 8-12 Wochen. Drei Studien behandelten 24 Wochen und eine Studie zeigte Langzeitergebnisse mit 33 Teilnehmenden nach 1, 2 oder 3 Jahren Disulfiram-Therapie (Mueser et al., 2003).

Naltrexon senkte laut zwei Studien mit insgesamt 102 Teilnehmenden und einer Beobachtungszeit von 12 Wochen die Anzahl der Trinktage (Petrakis et al., 2004) und die Anzahl der „schweren“ Trinktage gegenüber Placebo (Batki et al., 2009; Petrakis et al., 2004). Außerdem zeigte sich eine Wirksamkeit auf Clinical Global Impressions Ratings (CGI), GAF und Positive and negative symptom scale (PANSS) (open label RCT, 20 Teilnehmende; Vasile et al., 2013). Hinsichtlich der Trinktage und der Abstinenzzeiten in der Postakutbehandlungsphase bei Komorbidität mit einer Schizoaffektiven Störung, Schizophrenie oder Bipolaren Erkrankung waren in einer Studie mit 36 Teilnehmenden und einer Nachbeobachtungszeit von 24 Wochen sowohl Naltrexon als auch Acamprosat besser wirksam als Beratungsgespräche (Bratu & Sopterean, 2014). Im Vergleich der beiden Substanzen zeigten sich für Acamprosat eine stärkere Zunahme der Abstinenztage und für Naltrexon eine stärkere Abnahme der schweren Trinktage. In einer weiteren Studie mit Acamprosat-Monotherapie zeigte sich allerdings gegenüber Placebo keine Verbesserung der Abstinenz oder der Trinktage (Ralevski et al., 2011). Hinsichtlich „Craving“ zeigte eine Studie mit 31 Teilnehmenden und einer Beobachtungszeit von 12 Wochen eine Besserung bei Therapie mit Naltrexon (Petrakis et al., 2004). Dieser positive Effekt konnte allerdings in einer weiteren Placebo-kontrollierten Studie nicht bestätigt werden (90 Teilnehmende und Beobachtungszeit 12 Wochen; Batki et al., 2009).

Neben den positiven Wirkungen auf Trinkrückfälle und Suchtdruck verbesserte Naltrexon bei Personen mit komorbiden psychotischen Erkrankungen langfristig die Outcomes bezüglich der PANSS, des CGI und der Rehospitalisierungsrate (31 Teilnehmende mit einer Beobachtungszeit von 12 Wochen; Petrakis et al., 2004). Der positive Effekt auf den PANSS-Score konnte in einer weiteren Studie, in der Naltrexon mit Acamprosat und Beratungsgesprächen verglichen wurde, nicht bestätigt werden (36 Teilnehmende; Bratu & Sopterean, 2014).

Disulfiram war effektiv zur Verbesserung des Alcohol Use Scores und der Remission der Alkoholabhängigkeit (33 Teilnehmende, Beobachtungsdauer bis über 3 Jahre; Mueser et al., 2003) sowie hinsichtlich GAF, CGI und PANSS (open label RCT, 20 Teilnehmende; Vasile et al., 2013). Dabei war in einer Vergleichsstudie mit Naltrexon die Wirksamkeit hinsichtlich der Abstinenzraten und der „schweren“ Trinktage bei beiden Substanzen vergleichbar. Eine Kombination der beiden Substanzen brachte keine Wirksamkeitsvorteile (254 Teilnehmende, davon 97 % männlich; gemischt-blinder RCT; Petrakis et al., 2005, 2006). Eine Subgruppenanalyse der Studienergebnisse der 66 Personen mit Psychosen (darunter 95 % Männer) zeigte vergleichbare Ergebnisse (Petrakis et al., 2005, 2006). Dabei waren 18 der 254 Teilnehmenden von einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung betroffen und 48 Teilnehmer*innen hatten eine Bipolare Affektive Störung.

Nebenwirkungen oder psychische Verschlechterungen traten am häufigsten bei Therapie mit Disulfiram auf. Bei Naltrexon fand sich eine bessere Verträglichkeit bzw. niedrigere Komplikationsrate. Disulfiram wurde in niedriger Konzentration verwendet (250 mg), bei der kaum ein Risiko einer Disulfiram-Psychose beschrieben wurde (Das et al., 2017). Nalmefen wurde nur in einer unkontrollierten Open Label-Studie mit 22 Betroffenen klinisch geprüft und zeigte eine Wirksamkeit hinsichtlich Alkoholkonsum, PANSS, CGI und GAF (Vasile et al., 2014). Die insgesamt seltenen Berichte von Verträglichkeitsproblemen wiesen laut Autor*innen auf eine gute Kombinierbarkeit mit den Antipsychotika hin, ohne dass diese ausreichend beschrieben und analysiert wurden.

Die eingeschlossenen Studien zeigten eine hohe Bias-Rate bei neun von zwölf Studien. Die Reviewautor*innen kamen zu der Schlussfolgerung, dass Disulfiram und Naltrexon den Alkoholkonsum reduzieren, während die Wirksamkeit von Acamprosat bei gemischten Ergebnissen unsicher war. Auch Nalmefen senkte den Alkoholkonsum, allerdings stammte dieses Ergebnis aus nur einer Studie, die nicht randomisiert war (Rosenstand et al., 2024).

Aufgrund der limitierten Studienlage mit wenigen Studien, die durch hohes Bias-Risiko und kleine Studienpopulationen charakterisiert sind, lassen sich in den vorliegenden klinischen Studien zwar Wirksamkeitshinweise zeigen, jedoch ist die Evidenz schwach. Die Substanzen sind bei Personen mit komorbiden psychotischen Erkrankungen Placebo oder Beratungsgesprächen überlegen hinsichtlich der Abstinenz, der psychotischen Symptome, dem klinischen Schweregrad und der psychosozialen Funktionsfähigkeit, jedoch konnten keine überzeugenden Wirksamkeitsunterschiede diesbezüglich zwischen den Substanzen gefunden werden. Die Verträglichkeit war gut.

Positive Wirkungen der medikamentösen Suchtbehandlung auf die Sucht haben positive Auswirkungen auf die psychotische Symptomatik. Für eine Besserung des PANSS-Scores, des CGI und der Rehospitalisierungsrate während einer Therapie mit Naltrexon bei Alkoholabhängigkeit und komorbider psychotischer Störung gibt es einzelne Belege (Vasile et al., 2013) bei jedoch schwacher Evidenz, sodass zur Reduktion der psychotischen Symptomatik durch Naltrexon keine Empfehlung formuliert wurde.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 18)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Naltrexon zeigte eine gute Wirksamkeit bei relativ guter Verträglichkeit im Vergleich zu anderen Substanzen.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Sehr niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist sehr niedrig. Es gibt sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da sich die Beobachtungen der Meta-Analyse meist nur auf einzelne RCTs mit wenigen Teilnehmenden beziehen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es sind keine besonderen Präferenzen der Betroffenen bezüglich der Medikationswahl zu erwarten.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Naltrexon ist zugänglich und verfügbar.	

19.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Acamprosat zur Förderung der Abstinenz in der Postakutbehandlungsphase angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ unerwünschte Ereignisse: alle sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.	
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

In der Therapie von Menschen mit Alkoholabhängigkeit liegen ausreichende Wirksamkeitsnachweise für Acamprosat vor, sodass in der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen der Einsatz von Acamprosat empfohlen wird („sollte angeboten werden“; DGPPN & DG-Sucht, 2020, Empfehlung Nr. 3.8.3.18). Dass es in der vorliegenden Leitlinie zu einer Abstufung kommt, liegt an der mangelnden Studienlage im Bereich der Doppeldiagnosen bzw. an einer Negativstudie in dieser Betroffenenengruppe (Ralevski et al., 2011). In der bereits bei der Empfehlung 18 betrachteten systematischen Übersichtsarbeit berichteten Rosenstand et al. (2024) neben der erwähnten Negativstudie von Ralevski et al. (2011) auch über günstige Ergebnisse von Acramposat auf die Alkoholabhängigkeit bei Komorbidität mit einer psychotischen Erkrankung: In einem kleinen RCT (Bratu und Sopterean, 2014) wurden drei Gruppen mit jeweils 12 Studienteilnehmer*innen miteinander verglichen (Acramposat, Naltrexon und alleinige Beratung). Gegenüber der Kontrollgruppe hatten beide Medikamentengruppen mehr abstinente Tage ($p < 0,01$) und weniger „schwere“ Trinktage ($p < 0,01$). Die Zahl der Abstinenztage lag in der Acramposatgruppe höher als in der Naltrexongruppe ($p < 0,01$), letztere wies jedoch weniger „schwere“ Trinktage auf ($p < 0,05$). Aus einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit (Radua et al., 2024) ergab sich ein die Wirksamkeit von Acamprosat unterstützender Hinweis aus einer kleinen Studie bei Komorbidität mit Bipolarer affektiver Störung (Tolliver et al., 2012). Daraus resultiert letztendlich eine offene Empfehlung („kann angeboten werden“). Dabei ist bei Personen mit der Komorbidität zu beachten, dass eine Besserung oder Stabilisierung der Suchterkrankung auch eine Besserung des gesamten Krankheitsverlaufes zur Folge haben kann.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 19)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Der aus der Suchtmedizin bekannte Wirksamkeitsnachweis der Therapie mit Acamprosat überwiegt den potenziellen Schaden durch mögliche Nebenwirkungen. Die Datenlage ist allerdings bei Komorbidität nicht überzeugend, sodass hier eine individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung erfolgen muss. Zu beachten ist bei der Abwägung von Nutzen und Risiken der gesicherte hohe gesundheitliche Schaden durch den Alkoholkonsum.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Sehr niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist sehr niedrig. Es gibt sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen der Meta-Analyse meist nur auf einzelne RCTs mit wenigen Teilnehmenden beziehen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Hinsichtlich einer Acamprosat -Therapie sind keine besonderen Präferenzen von Betroffenen zu erwarten.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Acamprosat ist zugänglich und verfügbar.	

20.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ⇔	Bei Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Disulfiram zur Erhöhung der Abstinenzraten und zur Reduktion der schweren Trinktage im Rahmen eines psychosozialen Gesamttherapiesettings eingesetzt werden.	
	Konsensstärke: 94,4 %, Konsens (17 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

Die Einzelstudie aus dem Review von Rosenstand et al. (2024), die sich auf die Wirksamkeit von Disulfiram in Bezug auf die Reduktion der Trinktage und die Erhöhung der Abstinenzraten bezieht (RCT von Petrakis et al., 2005, 2006), entspricht nicht dem Einschlusskriterium von „mindestens 50% der eingeschlossenen Patient*innen haben die Doppeldiagnose Psychose/Sucht“. Daher wurde von der Leitliniengruppe eine Empfehlung auf Basis von Expert*innenkonsens formuliert.

Die S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen führt hierzu aus (Empfehlung 3.8.3.19): „In der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Rehabilitation kann eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Disulfiram im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden, wenn andere zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Disulfiram ist für diese Indikation in Deutschland nicht mehr zugelassen.“ (DGPPN & DG-Sucht, 2020).

Klinischer Hinweis:

Disulfiram (Antabus®) ist in Deutschland nicht mehr zugelassen und nur noch über Auslandsapotheken erhältlich (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-072018/wenige-pharmaka-zugelassen/>; Zugriffsdatum: 4.9.2024). Die ärztliche Verordnung stellt einen Off-Label-Gebrauch dar.

Bis 2013 war Disulfiram (Antabus®) in Deutschland zugelassen. Der Rückzug erfolgte nicht aufgrund fehlender Wirksamkeit oder gefährlicher Nebenwirkungen, sondern wegen einer zu geringen Nachfrage bzw. Produktionsschwierigkeiten. Nachdem über zwei Jahre kein Hersteller mehr das Pharmakon auf den deutschen Markt gebracht hatte, erlosch die Zulassung (Deutsche Hauptstelle gegen Suchtfahren; [DHS Stellungnahme Medikamente zur Behandlung der Alkoholabhaengigkeit.pdf](#)). Disulfiram erzeugt eine „Alkoholunverträglichkeit“ und somit ist die Disulfiram-Therapie mit einem potenziellen Nutzen hinsichtlich der Aufrechterhaltung einer Alkoholabstinenz bei Doppeldiagnosen verbunden. Allerdings sollte aufgrund der potenziell lebensgefährlichen kardialen Nebenwirkungen die Therapie nur im Rahmen eines suchtmittelmedizinisch fundierten psychosozialen Gesamttherapiesettings angeboten werden. Die Disulfiram-Therapie wird aktuell nur in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt. Gerade wenn ohne eine Abstinenz keine psychische Stabilität für die Grunderkrankungen erreicht werden kann, könnte eine kontrollierte und supervidierte Gabe von Disulfiram zusätzlich zur allgemeinen Psychopharmakotherapie der Grunderkrankung, eingebettet in ein psychosoziales Therapiekonzept, durch die erreichte Stabilität bei der Alkoholgebrauchsstörung auch eine höhere Stabilität bei der Psychose bzw. Bipolaren Störung erreichen. Jedoch ist ein engmaschiges Therapiesetting dazu notwendig und besondere Umstände, wie Schwangerschaft, sind zu beachten.

Der spezifische Wirkmechanismus von Disulfiram und die enge Verzahnung von therapeutischem Nutzen und gesundheitlichen Risiken erfordert die Einbindung in ein psychosoziales Behandlungssetting mit entsprechenden Kenntnissen, in denen die Risiken mit den Betroffenen besprochen und mögliche Komplikationen behandelt werden können. Disulfiram wird in erfahrenen Behandlungszentren als Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten, der eine multimodale Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen miteinschließt. Berücksichtigt werden sollte auch, dass positive Daten zu meist aus offenen Studien stammen, was darauf hinweist, dass hinsichtlich der Wirksamkeit von Disulfiram in der Alkoholrückfallprophylaxe womöglich psychologische Effekte wichtig sind und nicht nur eine alleinige pharmakologische Wirkung. Eine besondere Sorgfaltspflicht gilt der Aufklärung der Betroffenen, wobei der Hinweis auf die Notwendigkeit einer absoluten Abstinenz bei Disulfiram-Therapie essentiell ist, was eine hohe Abstinenzmotivation als Voraussetzung für die Therapie mit Disulfiram beinhaltet. Dementsprechend muss die Therapie mit Disulfiram der persönlichen Therapiepräferenz des Betroffenen entsprechen und erfordert eine partizipative Entscheidungsfindung, um die notwendige Compliance zu erreichen und individuelle Risiken der Therapie mit Disulfiram zu minimieren (Soyka & Rösner, 2021; Zimmermann et al., 2025). Aufgrund des dargestellten möglichen kurzzeitigen Nutzens und längerfristigen Schäden ist es denkbar, dass viele Betroffene und Angehörige die Intervention nicht wünschen.

21.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte eine Kombination von Disulfiram und	

B ↓	Naltrexon aufgrund der erhöhten Nebenwirkungs- und Komplikationsraten bei fehlendem Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie nicht angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropsychopharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.
Nebenwirkungen/unerwünschte Ereignisse: alle niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

Hauptgrund für diese negative Empfehlung ist die schlechte Verträglichkeit der Kombination, wobei die Kombination gegenüber der Monotherapie nicht mit einer verbesserten Wirksamkeit einherging (Petrakis et al., 2005 im Review von Rosenstand et al., 2024).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 21)

Nutzen und Schaden:	Substantielle Schäden
Aufgrund der schlechten Verträglichkeit der Kombinationstherapie und aufgrund eines fehlenden zusätzlichen Nutzens der Kombinationstherapie gegenüber der Monotherapie überwiegt der potenzielle Schaden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Sehr niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist sehr niedrig. Es gibt sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da sich die Beobachtungen der Meta-Analyse meist nur auf einzelne RCTs mit wenigen Teilnehmenden beziehen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wir erwarten, dass wenige die Intervention möchten
Aufgrund der schlechten Verträglichkeit der Kombinationstherapie dürfte die Verordnung nur sehr selten gewünscht sein.	
Ressourcen:	Wichtige Probleme
Disulfiram ist in Deutschland nicht mehr zugelassen und nur noch über Auslandsapotheken verfügbar.	

Klinischer Hinweis:

Die S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen weist darauf hin, dass Naltrexon, Disulfiram und Acamprosat nicht in der Schwangerschaft verwendet werden sollten und dass allenfalls in Einzelfällen in der Schwangerschaft auf diese Medikamente zurückgegriffen werden kann (Abschnitt 3.7.2.4.2, S. 277-278).

5.1.5 Pharmakotherapie bei Substanzinduzierten Psychosen

22.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Bei Menschen mit einer amphetamininduzierten Psychose sollten zur Akutbehandlung Antipsychotika eingesetzt werden. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils sollten Antipsychotika der zweiten Generation bevorzugt eingesetzt werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/unerwünschte Ereignisse: alle niedrig ⊕⊕⊖⊖	Fluyau, D., Mitra, P., & Lorthe, K. (2019). Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 10, 740.	
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinischer Outcome SMI/F2 (PANSS): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 8 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Zur Beantwortung der Frage der Überlegenheit bestimmter Medikamente in der Behandlung von Menschen mit substanzinduzierten Psychosen (F1x.05) liegt ein systematisches Review zur antipsychotischen Pharmakotherapie der amphetamininduzierten oder amphetaminassoziierten Psychose vor (Fluyau et al., 2019). Insgesamt ergeben die Daten, dass eine Behandlung mit Antipsychotika zur Reduktion von psychotischen Symptomen in dieser Betroffenenengruppe wirksam ist. Es wurden sechs RCTs mit 341 Teilnehmenden eingeschlossen. In fünf Studien wurden zwei Antipsychotika miteinander verglichen (Quetiapin vs. Haloperidol, Risperidon vs. Haloperidol, Olanzapin vs. Haloperidol, Aripiprazol vs. Risperidon (zwei Studien)) und eine Studie war Placebo-kontrolliert (Aripiprazol vs. Placebo). Menschen mit einer Schizophrenie oder einer Schizoaffektiven Störung wurden ausgeschlossen. Während die Übersichtsarbeit eine hohe methodische Qualität aufwies, war die Qualität der eingeschlossenen Einzelstudien eher niedrig: Im GRADE-System erfolgten bei allen sechs RCTs Abstufungen aufgrund geringer Teilnehmendenzahl (pro Gruppe 18-44 Teilnehmende), bei fünf Studien aufgrund fehlender Plazebokontrollen und bei zwei Studien aufgrund fehlender doppelter Verblindung. Effektstärken wurden in der Übersichtsarbeit nicht berichtet. Aufgrund ihrer Analysen der Einzelstudien folgerten die Reviewautor*innen, dass Aripiprazol, Quetiapin, Haloperidol, Olanzapin und Risperidon effektiv sind in der Akutbehandlung von Positiv- und Negativsymptomen bei amphetamininduzierten oder amphetaminassoziierten Psychosen. Zur Differentialindikation dieser Substanzen erschien Aripiprazol 5-15 mg etwas besser als Risperidon bei der Reduktion von Negativsymptomen wie Sprachverarmung, Apathie, Anhedonie und Aufmerksamkeitsstörungen. Risperidon (2 bis 6 mg/Tag) war etwas besser wirksam zur Reduktion von Positivsymptomen wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen, bizarrem Verhalten und Denkstörungen. Haloperidol wurde in Dosierungen zwischen 5 bis 20 mg/Tag, Quetiapin mit 100 bis 300 mg/Tag und Olanzapin mit 5 bis 20 mg eingesetzt (Fluyau et al., 2019). Zusätzlich zu den

wissenschaftlichen Daten stützen aus Expert*innensicht zahlreiche positive klinische Erfahrungen die Anwendung von Antipsychotika bei amphetamininduzierten bzw. -assoziierten Psychosen im Hinblick auf die Reduktion von psychotischen Symptomen.

Die Wahl des Medikamentes richtet sich derzeit nach den im Vordergrund stehenden Symptomen, der Symptomschwere, nach den Nebenwirkungen sowie einer individualisierten Abwägung von Risiken und Nutzen sowie der Betroffenenpräferenz. Vor allem Antipsychotika der zweiten Generation wie Aripiprazol, Quetiapin, Olanzapin und Risperidon zeigen im Vergleich zu Antipsychotika der ersten Generation ein günstigeres Nebenwirkungsprofil, was bei der klinischen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen ist. Dies entspricht auch einer Empfehlung der S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ (Empfehlung 4-16; *„Bei einer Methamphetamin-induzierten Psychose sollte wegen des günstigeren Nebenwirkungsprofils einem atypischen Antipsychotikum der Vorzug gegeben werden.“*; Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016).

Die Studien im Review von Fluyau et al. (2019) bezogen sich nur auf die Akutbehandlung. Zur Langzeittherapie ist keine Aussage möglich. Zu Depotpräparaten liegen keine Studien vor. Die Reviewautor*innen weisen zurecht darauf hin, dass bei amphetamininduzierten Psychosen Spontanremissionen auch ohne pharmakologische Behandlungen zu erwarten sind. Die Dauer der antipsychotischen Therapie der amphetamininduzierten und der amphetaminassoziierten Psychosen sollte sich nach den individuellen Gegebenheiten richten und aufgrund der Möglichkeit der Symptomrückbildung insbesondere bei Abstinenz spätestens nach sechs Monaten überprüft und versuchsweise ausgeschlichen werden. Die Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ empfiehlt hierzu (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016, Empfehlung 4-15): *„Bei einer Methamphetamin-induzierten Psychose sollte als Mittel der Wahl ein Antipsychotikum gegeben und nach spätestens sechs Monaten die Indikation überprüft werden.“* In diesem Sinne empfiehlt die S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ neben der Überprüfung auch einen Auslassversuch nach sechs Monaten (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016, Empfehlung 4.17: *„Die neuroleptische Therapie Methamphetamin-induzierter Psychosen soll nach sechs Monaten überprüft und versuchsweise ausgeschlichen werden.“*).

Gemäß der Empfehlung 4-14 der Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ sollten hochpotente Antipsychotika in der Akutbehandlung Methamphetamin-abhängiger Personen nicht zur Linderung von Entzugssymptomen eingesetzt werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 22)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative Eine Behandlung mit Antipsychotika zur Reduktion von psychotischen Symptomen ist bei Personen mit einer amphetamininduzierten Psychose wirksam.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz.
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet

Hinsichtlich einer Antipsychotika-Therapie in der Akutbehandlung sind keine besonderen Präferenzen von Betroffenen zu erwarten.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Antipsychotika der zweiten Generation sind zugänglich und verfügbar.	

5.2 Andere somatische Verfahren

Es liegt ein systematischer Review von Johnstone et al. (2022) vor, der die Wirksamkeit der transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) und der transkraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) in der Behandlung von Craving und Suchtmittelkonsum bei Menschen mit Psychosen untersuchte. Hinsichtlich von Suchtmitteln außer Nikotin fanden die Reviewautor*innen nur eine Studie bei Komorbidität von Psychose und Sucht: in einem RCT prüften Kozak Bidzinski et al. (2022) die klinische Effektivität einer bilateralen dorsolateralen präfrontalen Kortexstimulation mittels rTMS hinsichtlich der Cannabis-Abhängigkeit bei einer Gruppe von Schizophrenie-Betroffenen. Die Studie wertete die Daten von 19 Betroffenen aus (Verum-Stimulation neun Männer, Kontrollgruppe 9 Männer und 1 Frau). Es zeigten sich geringe klinische Effekte mit einem Trend zur vermehrten Reduktion des Cannabis-Konsums in der Verum-Gruppe gemessen als Selbsteinschätzung der Betroffenen zur täglichen Substanzkonsummenge (Gramm pro Tag) und als Messung mittels eines Urintests auf Cannabis. Die Beobachtungszeit war mit vier Wochen relativ kurz. Es ist unklar, ob die TMS-Behandler*innen und/oder die Teilnehmenden verblindet waren. Auf dieser limitierten Studien- und Evidenzbasis ist keine Empfehlung für die Anwendung der transkraniellen Magnetstimulation möglich.

Die Expert*innengruppe sieht hier einen Forschungsbedarf im Hinblick auf alle somatischen Verfahren und insbes. auf die rTMS. Es sollten Studien mit ausreichend großen Studienpopulationen und ausreichend langer Nachbeobachtungszeit in Bezug auf die Wirkung auf Substanzkonsum und/oder die Symptome der psychotischen/bipolaren Störung erfolgen.

5.3 Literaturverzeichnis

- Batki, S. L., Dimmock, J. A., Ploutz-Snyder, R., Meszaros, Z. S., & Canfield, K. M. (2009). Directly monitored naltrexone reduces heavy drinking in schizophrenia: Preliminary analysis of a controlled trial [Abstract]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(6, Suppl. 1), 411.
- Bratu, R. E., & Sopterean, G. A. (2014). Comparison of the efficacies of naltrexone and acamprosate in the treatment of patients with chronic schizophrenia who are alcohol dependent [Abstract]. *European Neuropsychopharmacology*, 24(Suppl. 2), S71–S72. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(14\)70080-X](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(14)70080-X)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2017). *Informationsbrief zur Einführung einer Patientenkarte für Arzneimittel, die Valproat und verwandte Substanzen enthalten* [PDF]. Verfügbar:https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RI_rhb/2017/info-valproat-und-verwandte-substanzen.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriffsdatum 30.06.2025)

- Cuomo, I., Kotzalidis, G. D., de Persis, S., Piacentino, D., Perrini, F., Amici, E., & De Filippis, S. (2018). Head-to-head comparison of 1-year aripiprazole long-acting injectable (LAI) versus paliperidone LAI in comorbid psychosis and substance use disorder: Impact on clinical status, substance craving, and quality of life. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 1645–1656. <https://doi.org/10.2147/NDT.S171002>
- Das, N., Mahapatra, A., & Sarkar, S. (2017). Disulfiram induced psychosis: Revisiting an age-old entity. *Asian journal of psychiatry*, *30*, 94–95. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.08.011>
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Version 2.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (2024, 22. November). *Aktualisierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie: Einsatz von Valproat bei Männern mit Epilepsie* [Stellungnahme]. Verfügbar: https://www.dgfe.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahme_VPA_bei_M%C3%A4nnern_aktualisiert_22-11-2024.pdf (Zugriffsdatum 30.06.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version 3.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2016). S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen. Verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Fluyau, D., Mitra, P., & Lorthe, K. (2019). Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 740. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00740>
- Green, A.I., Noordsy, D.L., Brunette, M.F., O’Keefe, C. (2008). Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat*, *34*, 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.008>
- Haddad, P. M., & Correll, C. U. (2023). Long-acting antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Opportunities and challenges. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *24*(4), 473–493. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2181073>
- Hahn, M. (2018). Moderne Antipsychotika. Mehr Lebensqualität, bessere Versorgung. *Pharmazeutische Zeitung, Ausgabe 17*. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-172018/mehr-lebensqualitaet-bessere-prognose/>
- Jia, N., Li, Z., Li, X., Jin, M., Liu, Y., Cui, X., Hu, G., Liu, Y., He, Y., & Yu, Q. (2022). Long-term effects of antipsychotics on mortality in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *44*(6), 664–673. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2306>

- Johnstone, S., Sorkhou, M., Al-Saghir, N., Lowe, D. J. E., Steele, V. R., Pearson, G. D., Castle, D. J., & George, T. P. (2022). Neuromodulation to Treat Substance Use Disorders in People With Schizophrenia and Other Psychoses: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 793938. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.793938>
- Kozak Bidzinski, K., Lowe, D. J. E., Sanches, M., Sorkhou, M., Boileau, I., Kiang, M., Blumberger, D. M., Remington, G., Ma, C., Castle, D. J., Rabin, R. A., & George, T. P. (2022). Investigating repetitive transcranial magnetic stimulation on cannabis use and cognition in people with schizophrenia. *Schizophrenia (Heidelberg, Germany)*, *8*(1), 2. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00210-6>
- Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K., & Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *29*(1), 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.1105>
- Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *221*(6), 758–765. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.117>.
- McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(10), CD004837. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004837.pub3>
- McPheeters, M., O'Connor, E. A., Riley, S., Kennedy, S. M., Voisin, C., Kuznacik, K., Coffey, C. P., Edlund, M. D., Bobashev, G., & Jonas, D. E. (2023). Pharmacotherapy for alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *330*(17), 1653–1665. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.19761>
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Fox, L., & Wolfe, R. (2003). Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. *The American journal on addictions*, *12*(3), 242–252.
- Petrakis, I. L., Nich, C., & Ralevski, E. (2006). Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophrenia bulletin*, *32*(4), 644–654. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl010>
- Petrakis, I. L., O'Malley, S., Rounsaville, B., Poling, J., McHugh-Strong, C., Krystal, J. H., & VA Naltrexone Study Collaboration Group (2004). Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology*, *172*(3), 291–297. <https://doi.org/10.1007/s00213-003-1658-9>
- Petrakis, I. L., Poling, J., Levinson, C., Nich, C., Carroll, K., Rounsaville, B., & VA New England VISN I MIRECC Study Group (2005). Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. *Biological psychiatry*, *57*(10), 1128–1137. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.016>
- Radua, J., Fortea, L., Goikolea, J. M., Zorrilla, I., Bernardo, M., Arrojo, M., Cunill, R., Castells, X., Becona, E., Lopez-Duran, A., Torrens, M., Tirado-Munoz, J., Fonseca, F., Arranz, B., Garriga, M., Saiz, P. A., Florez, G., San, L., & Gonzalez-Pinto, A. (2024). Meta-analysis of the effects of adjuvant drugs in co-occurring bipolar and substance use disorder. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, *17*(4), 239–250. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.01.005>

- Rafizadeh, R., Danilewitz, M., Bousman, C. A., Mathew, N., White, R. F., Bahji, A., Honer, W. G., & Schütz, C. G. (2023). Effects of clozapine treatment on the improvement of substance use disorders other than nicotine in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 37(2), 135–143. <https://doi.org/10.1177/02698811221142575>
- Ralevski, E., O'Brien, E., Jane, J. S., Dwan, R., Dean, E., Edens, E., Arnaout, B., Keegan, K., Drew, S., & Petrakis, I. (2011). Treatment With Acamprosate in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Comorbid Alcohol Dependence. *Journal of dual diagnosis*, 7(1-2), 64–73. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.569440>
- Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. *Current neuropharmacology*, 22(6), 1129–1143. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666221229160300>
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: A double-blind placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 37–45. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.1.37>
- Soyka, M., & Rösner, S. (2021). Pharmakotherapie der Alkoholentwöhnung: Update und neue Entwicklungen. *Der Nervenarzt*, 92, 57–65. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00954-5>
- Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry*, 19(1), 61–68. <https://doi.org/10.1002/wps.20699>
- Temmingh, H. S., Williams, T., Siegfried, N., & Stein, D. J. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD011057. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2>
- Tolliver, B. K., Desantis, S. M., Brown, D. G., Prisciandaro, J. J., & Brady, K. T. (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of acamprosate in alcohol-dependent individuals with bipolar disorder: A preliminary report. *Bipolar Disorders*, 14(1), 54–63. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00973.x>
- Vasile, D., Vasiliu, O., Mangalagiu, A. G., Petrescu, B. M., Sopterean, G. A., & Bratu, R. E. (2013). Pharmacological management of alcohol dependence in chronic schizophrenia [Abstract]. *European Neuropsychopharmacology*, 23(Suppl. 2), S429. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(13\)70679-5](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(13)70679-5)
- Vasile, D., Vasiliu, O., Sopterean, G. A., Bratu, R. E., Androne, F., & Vasile, F. (2014). Effectiveness and tolerability of nalmefene in alcohol use dependence comorbid with schizophrenia [Abstract]. *European Neuropsychopharmacology*, 24(Suppl. 2), S538.
- Wang, D., Schneider-Thoma, J., Sifis, S., Burschinski, A., Dong, S., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024a). Long-acting injectable second-generation antipsychotics vs placebo and their oral formulations in acute schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled-trials. *Schizophrenia Bulletin*, 50(1), 132–144. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad089>
- Wang, D., Schneider-Thoma, J., Sifis, S., Qin, M., Wu, H., Zhu, Y., Davis, J. M., Priller, J., & Leucht, S. (2024b). Efficacy, acceptability and side-effects of oral versus long-acting- injectables

antipsychotics: Systematic review and network meta-analysis. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 83, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.003>

Zimmermann, U. S., Plickert, C., Lüdecke, C., Stuppe, M., Rosenbeiger, C., Krisam, Y., Link, T., Keller, J., Bühler, G., Scholz-Hehn, D., Havemann-Reinecke, U., Wedekind, D., Luderer, M., & Spreer, M. (2025). Patienten- und Qualitätsmerkmale bei der Behandlung mit Disulfiram („Antabus“) im deutschsprachigen „Netzwerk alkoholaversive Pharmakotherapie“ [Patient and quality characteristics in the treatment with disulfiram (Antabus) in the German "Network for Alcohol Aversive Pharmacotherapy"]. *Der Nervenarzt*, 96(2), 159–165. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01714-5>

6 Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

Neben der Pharmakotherapie sind die Psychotherapie und die verschiedenen psychosozialen Interventionen wichtige Grundpfeiler der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht. Bereits in den 1990er Jahren wurde berichtet, dass die meisten erfolgreichen Therapieprogramme Elemente aus der Motivationsbehandlung abhängiger Patient*innen sowie psychoedukative und verhaltenstherapeutische Ansätze enthielten; sehr gute Erfahrungen wurden auch bei Programmen mit familientherapeutischen und Selbsthilfeelementen berichtet (Drake et al., 1998). Die seither publizierten Studien und Übersichtsarbeiten entsprechen in ihren Kernaussagen diesen frühen Erkenntnissen, wenngleich die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit begrenzt ist (McLoughlin et al., 2014; Siddiqui et al., 2024; Hunt et al., 2019).

23.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll die Therapie nach einem Gesamtbehandlungsplan unter Berücksichtigung des individuellen Motivationsstadiums für eine Abstinenz oder Konsumreduktion angeboten werden. In diesem Rahmen sollen die einzelnen psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen im längerfristigen Behandlungsverlauf stadiengerecht und möglichst settingübergreifend angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Die Ergebnisse aus mehreren Studien und wissenschaftlich begleiteten Modellprogrammen sprechen dafür, dass Behandlungsprogramme mit Koordinierung verschiedener therapeutischer Interventionen erfolgreich sein können, sofern die Behandlungsziele realistisch gesetzt werden und der Behandlungsplan langfristig angelegt ist. Bereits in den 1990er Jahren wurde die Studienlage so zusammengefasst, dass alltagsrelevante Verbesserungen der sozialen Anpassung und Reduktionen des Konsums in der Regel erst nach einem bis zwei Jahren erreicht werden können (Drake et al., 1998). Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass die Betroffenen je nach aktuellem Motivationsstadium zugänglich oder nicht zugänglich für verschiedene Maßnahmen bzw. Hilfsangebote sind. Ein zentrales Prinzip bei der Behandlung ist somit die Anpassung der therapeutischen Interventionen an die aktuelle Motivationslage der Betroffenen im Hinblick auf eine Einstellung oder Reduktion des Konsums. Dadurch werden auch aufwendige, aber unnötige bzw. primär zum Scheitern verurteilte Bemühungen vermieden: so ist es nachvollziehbar, dass ein Betroffener/eine Betroffene in einem niedrigen Motivationsstadium nicht bereit sein wird, bei einer Verhaltenstherapie mit dem Fokus auf Rückfallprävention mitzuarbeiten, bzw. er/sie wird wenig davon profitieren, so dass hier eher motivationale und psychoedukative Interventionen angeboten werden sollen (vgl. auch Abschnitt 6.2).

24.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation und Psychotherapie angeboten werden, die auf die spezifischen	

B ↑	Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum ein- geht.
Qualität der Evidenz	
Klinischer Outcome F1: Sub- stanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2014(10), CD004837.
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand (PANSS, BRPS) niedrig ⊕⊕⊖⊖	Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. <i>Schizophrenia bulletin</i> .
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand -Positivsymp- tome niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand -Nega- tivsymptome niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Allgemeines Funktionsniveau (GAF, SOFAS, KAPQ) niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Lebensqualität sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 9 und 10 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 95,5 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)

Die Empfehlung 24 basiert auf den systematischen Reviews von McLoughlin et al. (2014) und Siddiqui et al. (2024).

Der systematische Review von McLoughlin et al. (2014) enthält vier verschiedene Analysen zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie und Cannabiskonsumstörungen, davon zwei zu Interventionen mit Psychoedukation und Psychotherapie.

In der ersten Analyse von McLoughlin et al. (2014) wurden begleitende “psychologische Therapien” mit spezifischem Fokus auf den Zusammenhang zwischen Cannabis and Psychose gegen TAU verglichen. Diese erste Analyse enthält die folgenden drei RCTs: Madigan et al. (2013), Hjorthoj et al. (2013) und Bonsack et al. (2011). In zwei der drei Studien enthielten die TAU-Bedingungen kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente mit Fokus auf psychotische Symptome oder Psychoedukation zu Substanzkonsumstörungen, aber keine Elemente, die sich spezifisch auf die Komorbidität bezogen.

- Beim RCT von Madigan et al. (2013) mit 88 Teilnehmenden entsprach die Kontrollbedingung einer Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und sie umfasste Medikation und regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich eine Gruppenpsychotherapie durch einen klinischen Psychologen einmal wöchentlich über 12 Wochen plus

eine Sitzung nach weiteren sechs Wochen. Diese Gruppentherapie enthielt Angstmanagement, motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) und kognitiv behaviorale Ansätze.

- Beim RCT von Hjorthoj et al. (2013) mit 103 Teilnehmenden enthielt die Kontrollbedingung (TAU) neben der antipsychotischen Medikation in den meisten Fällen eine nicht manualisierte Therapie mit kognitiv behavioralen Elementen mit dem Fokus auf psychotische Symptome. Die Interventionsgruppe (CapOpus Intervention) erhielt zusätzlich eine komplexe und relativ umfangreiche Intervention über sechs Monate mit anfänglich 1–2 wöchentlichen, später wöchentlichen Sitzungen mit motivierender Gesprächsführung und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Fokus auf den Cannabiskonsum. Zu Beginn wurde die MI zur Stärkung der therapeutischen Allianz und Motivation zur Reduktion des Konsums eingesetzt, und später erfolgte der Übergang zur KVT, sobald die Patient*innen eine ausreichende Motivation aufgebaut hatten, ihren Cannabiskonsum zu reduzieren; bei abnehmender Motivation oder Rückfällen war im Verlauf oftmals eine Rückkehr zur motivierenden Gesprächsführung erforderlich. Im Rahmen der Intervention bestand auch das Angebot der Einbeziehung der Familie in die Therapiesitzungen, wovon ca. 25 % der Teilnehmenden Gebrauch machten; ferner enthielt die CapOpus Intervention aufsuchende Elemente und ein Case Management mit geringer Fallbelastung.
- Beim dritten RCT von Bonsack et al. (2011) mit 62 Teilnehmenden umfasste die Kontrollbedingung (TAU) regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Medikation, eine „standardmäßige“ Psychoedukation zum Thema Drogenmissbrauch sowie rehabilitative Elemente. Die Behandlung erfolgte durch ein klinisches Team, bestehend aus einem Psychiater und einer Krankenschwester/einem klinischen Psychologen im ambulanten und stationären Setting. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich vier bis sechs MI-Sitzungen innerhalb von sechs Monaten, die ihren Fokus auf den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Psychosen hatten. Die erste Sitzung dauerte 60 Minuten, gefolgt von einer Feedback-Sitzung von 45–60 Minuten innerhalb der darauffolgenden Woche. Im weiteren Verlauf fanden zwei bis vier Auffrischungssitzungen von 30 bis 45 Minuten statt.

McLoughlin et al. (2014) fanden in der ersten Analyse mit den drei oben beschriebenen RCTs keine signifikanten Vorteile der Interventionen hinsichtlich der Häufigkeit des Konsums, des mentalen Zustands, der Positiv- und Negativ-Symptome der Psychose, der Lebensqualität und des globalen Funktionsniveaus. In der größten Studie von Hjorthoj et al. (2013) mit der komplexen Intervention und einem stadiengerechten Einsatz von MI und KVT gab es jedoch einen deutlichen Trend in Richtung einer Reduktion des Ausmaßes des Konsums. Zusätzlich gab es in der ersten Analyse auch Tendenzen in Richtung positiver Einflüsse der störungsspezifischen Interventionen auf die Einsicht (Insight Score), sowie langfristig auch auf Negativ- und Positiv-Symptome der Psychose, allgemeines Funktionsniveau und Lebensqualität (erst nach 12 Monaten; kurz- und mittelfristig keine Besserungstendenz sichtbar).

In der zweiten Analyse von McLoughlin et al. (2014) wurden begleitende „psychologische Therapien“ mit spezifischem Fokus auf den Zusammenhang zwischen Cannabis and Psychose gegen eine „unspezifische“ Psychoedukation verglichen. In diese Analyse wurde lediglich ein kleiner RCT mit 47 Patient*innen nach Erstmanifestation einer Psychose eingeschlossen (Edwards et al., 2006). Das diagnostische Einschlusskriterium war breit und umfasste neben der Schizophrenie auch schizoaffektive, bipolare und weitere psychotische Störungen. Die Kontrollbedingung bestand aus durchschnittlich acht

psychoedukativen Sitzungen über Psychosen (Symptome, Verlauf, medikamentöse Behandlung, Rückfallprävention; keine Inhalte zu Cannabis). Die Intervention ("Cannabis and Psychosis Therapy", CAP) war komplex und dennoch kompakt mit ebenfalls durchschnittlich nur acht Sitzungen im Einzelformat und einer Gesamtdauer von drei Monaten. Das Programm wurde von ausgebildeten Klinikern durchgeführt und enthielt Psychoedukation über Cannabis und Psychosen, motivierende Gesprächsführung und KVT-Elemente mit Fokus auf Zielsetzung und Rückfallprävention. Bei beiden Gruppen wurde im Verlauf ein signifikanter Rückgang des Cannabiskonsums beobachtet. Es zeigten sich weder bei Beendigung der Intervention noch beim Follow-Up nach sechs Monaten Vorteile der spezifischen und deutlich komplexeren Intervention weder hinsichtlich des Cannabiskonsums noch hinsichtlich psychopathologischer Symptome und Funktionsniveau (Skalen: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Knowledge About Psychosis Questionnaire (KAPQ), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)).

Der systematische Review von Siddiqui et al. (2024) enthält 35 RCTs mit verschiedenen Psychotherapien und psychosozialen Interventionen. Neben den Effekten der einzelnen Interventionen beschrieb der Review auch Gesamteffekte über alle Interventionen („overall“ effects, pooled data), wobei die Interventionen überwiegend gezielt auf die Problematik der Komorbidität eingingen.

- Gesamteffekte über alle Interventionen auf substanzbezogene Outcomes: In dieser Analyse wurden 31 Einzelstudien eingeschlossen. Darunter berichteten 12 Studien über signifikante Reduktionen des Konsums zugunsten der Interventionsgruppe im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe. Die Interventionen umfassten bei diesen Studien MI (vier Studien), KVT (eine Studie), MI in Kombination mit KVT (MI + KVT; zwei Studien), Kontingenzmanagement (Contingency Management, CM; zwei Studien), ACT (eine Studie), Gruppentherapie (eine Studie) und Kognitive Remediation (Cognitive Enhancement Therapy, CET; eine Studie). Über alle Studien und Interventionen fanden Siddiqui et al. (2024) keine signifikanten Vorteile hinsichtlich des Substanzkonsums (Konsumreduktion oder Abstinenz).
- Gesamteffekte über alle Interventionen auf die psychotische Symptomatik: In diese Analyse wurden 12 Einzelstudien einbezogen. Die Programme/Interventionen umfassten MI (eine Studie), KVT (drei Studien), MI + KVT (vier Studien), CM (zwei Studien), ACT (eine Studie) und eine wohngemeinschaftsbasierte Intervention (eine Studie). Vier Studien berichteten signifikante Vorteile der Interventionen hinsichtlich mindestens einer Symptomdomäne (Positivsymptome, Negativsymptome, allgemeine Psychopathologie, PANSS-Gesamtwert) in mindestens einem Follow-Up Zeitpunkt. Über alle Studien und Interventionen fanden Siddiqui et al. (2024) keine signifikanten Vorteile der Interventionen, es zeigte sich jedoch ein sehr deutlicher Trend in Richtung eines Vorteils der Interventionsgruppen hinsichtlich der Negativsymptome ($p=0,05$ in der Meta-Analyse von sieben Studien).
- Gesamteffekte über alle Interventionen auf allgemeine psychische Symptome und/oder das allgemeine psychische Wohlbefinden: In diese Analyse wurden 16 Einzelstudien einbezogen. Die Programme/Interventionen umfassten MI (zwei Studien), KVT (drei Studien), MI + KVT (eine Studie), CM (zwei Studien), familien/wohngemeinschaftsbasierte Interventionen (vier Studien), ACT (drei Studien) und CET (eine Studie). Fünf Studien mit CM oder familien/gemeinschaftsbasierten Interventionen berichteten signifikante Vorteile der Interventionsgruppe hinsichtlich der allgemeinen psychischen Gesundheitssymptome. Über alle Studien und Interventionen waren die Gruppenunterschiede nicht signifikant (Siddiqui et al., 2024).

- Gesamteffekte über alle Interventionen auf das Funktionsniveau der Patient*innen: In diese Analyse wurden neun Einzelstudien eingeschlossen. Die Programme/Interventionen umfassten KVT (eine Studie), MI + KVT (vier Studien), ACT (eine Studie), familien/wohngemeinschaftsbasierte Interventionen (zwei Studien) und tiergestützte Therapie (animal-assisted therapy; eine Studie). Bei fünf der neun Studien zeigten sich signifikante Vorteile der Interventionsgruppen hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus (GAF, SOFAS). Diese positiven Studien untersuchten Interventionen mit MI + KVT oder familien/wohngemeinschaftsbasierte Interventionen. Über alle Studien und Interventionen blieb der Gruppenunterschied knapp unter dem Signifikanzniveau ($p=0,06$ in der Meta-Analyse aller neun Studien).

In der Zusammenschau gibt es eine gewisse, wenn auch begrenzte wissenschaftliche Evidenz für eine spezifische Psychoedukation und Psychotherapie, die gezielt auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum eingeht, diese ist jedoch insgesamt moderat. Es zeigen sich in mehreren einzelnen Studien Vorteile solcher Interventionen auf den Ebenen des Konsums, der Symptome, insbesondere der Negativ-Symptome der Psychose, und des Funktionsniveaus. Andere Studien zeigen keine Gruppenunterschiede.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 24)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit der Doppeldiagnose durch eine Psychoedukation und Psychotherapie mit spezifischen Elementen, die die Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum betreffen, hinsichtlich des Substanzkonsums und der klinischen Outcomes (Symptome, insbes. Negativsymptome der Psychose, allgemeines Funktionsniveau) profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen auf RCTs mit z.T. wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit der Doppeldiagnose sowie der Angehörigen eine hohe Zustimmung zu spezifisch angepassten Behandlungen zu erwarten ist.	
Ressourcen:	Keine wichtigen Probleme mit der empfohlenen Alternative
Eine spezifisch angepasste Psychoedukation und Psychotherapie können umgesetzt werden. Die benötigten Ressourcen sind nicht wesentlich höher im Vergleich zu einer Behandlung mit Psychoedukation und Psychotherapie, die die Aspekte der Komorbidität nicht adressiert. Es ist kurzfristig mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten insbesondere für Schulungen/Qualifizierung des Personals zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies aber durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.	

Die wissenschaftliche Evidenz für eine spezifische Psychoedukation und Psychotherapie, die gezielt auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum eingeht, ist moderat. Neben der positiven klinischen Einschätzung der Expert*innen sprechen sich aber auch Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen deutlich für eine spezifisch angepasste Psychoedukation und Psychotherapie aus. In der Zusammenschau wurde deswegen eine schwache Empfehlung für das Angebot einer spezifischen Psychoedukation und Psychotherapie formuliert, die gezielt die Problematik der Menschen mit Komorbidität adressiert.

In den nachfolgenden Kapiteln wird die Evidenz für die einzelnen therapeutischen Verfahren und für komplexe Therapieprogramme referiert. Darüber hinaus werden Aspekte berücksichtigt, die den Gesamtbehandlungsplan und die Dauer und Reihenfolge der Interventionen in Abhängigkeit vom Motivationsstadium der Betroffenen betreffen.

6.1 Psychoedukation

Psychoedukation im Sinne einer Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten ist ein wichtiger Bestandteil im Gesamtbehandlungsplan von Menschen mit Psychosen wie auch von Menschen mit verschiedenen anderen psychischen Störungen. In der S3-Leitlinie Schizophrenie wird eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen möglichst unter Einbezug der Angehörigen und/oder anderer enger Vertrauenspersonen empfohlen (DGPPN, 2025b, Empfehlungen 57a und 57b). Bei vielen Studien zur Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht ist Psychoedukation Teil der evaluierten Programme und sie wird in Kombination mit MI und/oder KVT angeboten (Hunt et al., 2019; McLoughlin et al., 2014; Siddiqui et al., 2024).

25.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation, möglichst in der Gruppe, angeboten werden, die Wissen über beide Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen vermittelt.	
	Konsensstärke: 95,5 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

Die Literaturrecherche ergab keine Studien, die die Effektivität ausschließlich psychoedukativer Interventionen bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht untersuchen. Entsprechend ist es auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz nicht möglich, den Stellenwert der Psychoedukation am Gesamteffekt der komplexen Interventionen einzuschätzen. Aus klinischer Sicht ist jedoch die Psychoedukation eine Grundlage, auf der die weiteren Therapieverfahren aufbauen. Die Aufklärung über die Interaktion zwischen vorbestehender individueller Veranlagung für eine Psychose und Drogenwirkungen sowie über den ungünstigen Einfluss des Konsums von Substanzen wie Cannabis auf den Verlauf der Psychose kann als Grundlage für die Steigerung der Abstinenzmotivation dienen. Somit gehört die Psychoedukation zu den Interventionen, die vorzugsweise bei Patient*innen in niedrigen Motivationsstadien zur Anwendung kommen (vgl. Kapitel 6.2). Bei unzureichender wissenschaftlicher Evidenz erfolgt die Empfehlung 25 als Expert*innenkonsens.

Nach klinischer Erfahrung ist es in der Regel sinnvoll, zumindest zu einer bestimmten Phase/zu einem bestimmten Zeitpunkt im Behandlungsverlauf die Psychoedukation in der Gruppe anzubieten, vor allem wegen der Interaktion unter den Patient*innen. So ist es erfahrungsgemäß für die Patient*innen überzeugender, wenn sie von Mitpatient*innen über Komplikationen durch den Konsum von Suchtstoffen erfahren im Vergleich zu entsprechenden Informationen seitens der Behandelnden. Ansonsten kann die Psychoedukation natürlich auch im Einzelformat stattfinden.

In deutscher Sprache liegen zwei unterschiedliche Manuale für ein psychoedukatives Gruppentraining von Menschen mit Psychose und Sucht mit umfangreichen Materialien vor, die in der Praxis genutzt werden können.

- Das Manual GOAL (Gesund und ohne Abhängigkeit leben) entspricht einer umfassenden Psychoedukation für Menschen mit Psychose und Sucht und umfasst Inhalte zu Psychose, zu Suchterkrankungen und zu den Zusammenhängen zwischen den beiden, sowie auch die Psychoedukation von Angehörigengruppen (D'Amelio et al., 2007).
- Das Manual KomPAkt (Komorbidität Psychose und Abhängigkeit) ist ein kurzes Add-on-Modul mit nur fünf Gruppensitzungen, die auf eine Psychoedukation für Menschen mit Psychose aufbauen. Neben dem Gruppentraining enthält es Hinweise für eine alternative Durchführung der Intervention im Einzelformat (Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

6.2 Motivationale Interventionen/Motivational Interviewing

Die Stärkung der Abstinenzmotivation hat eine zentrale Bedeutung bei der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Grundannahme ist, dass es *nicht die motivierten und die unmotivierten Patient*innen* gibt, sondern dass Menschen mit Suchtproblemen regelhaft verschiedene Stadien oder Stufen ihrer Motivationslage zur Veränderung ihres Konsumverhaltens durchlaufen (Prochaska & DiClemente, 1986). Die Technik des MI entwickelte sich ursprünglich aus der Gesprächstherapie heraus. Sie zielt auf die Unterstützung der Patient*innen bei der Entwicklung und Verstärkung der eigenen, intrinsischen Veränderungsmotivation ab, d. h. auf die Unterstützung beim Durchlaufen der Motivationsstadien in Richtung einer stärkeren Motivation (Miller & Rollnick, 2015). Im Sinne der stadiengerechten Interventionen sollte der Schwerpunkt der Behandlung bei Menschen in niedrigen Motivationsstadien zunächst in motivationalen Interventionen und Psychoedukation liegen, während andere Therapien wie verhaltenstherapeutische Maßnahmen (VT) mit Fokus auf das Suchtverhalten erst in fortgeschrittenen Behandlungsstadien mit höherer Veränderungsmotivation erfolgsversprechend sind.

Die Motivierende Gesprächsführung ist eine anerkannt wirksame psychotherapeutische Technik, die mit vergleichsweise wenigen Therapiestunden auskommt (S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen, Empfehlung 3.8.3.10: „*Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden*“ (DGPPN & DG-Sucht, 2020, S.328)). Neben der starken Empfehlung in der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen werden motivierende Interventionen auch in der S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen zur Konsumreduktion empfohlen: „*Motivierende Interventionen sollten eingesetzt werden, um den Cannabiskonsum bei Erwachsenen zu reduzieren.*“ (DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025, Empfehlung 2.4.1). Motivierende Interventionen können als strukturierte, manualisierte Therapie durchgeführt werden. Die Grundprinzipien sollten aber auch generell die therapeutische Haltung und Kommunikation der Therapeut*innen von Menschen mit Abhängigkeit prägen.

Die Motivierende Gesprächsführung wurde ursprünglich für Menschen mit Suchtproblemen ohne weitere Komorbiditäten entwickelt. Für den Einsatz bei Menschen mit Psychose müssen die Besonderheiten dieser Gruppe berücksichtigt werden. Zunächst ist es erforderlich, die Gesprächstechnik an die häufig eingeschränkten kognitiven Funktionen dieser Gruppe anzupassen und zu modifizieren. Ferner dürfen die Therapeut*innen nicht die häufig sehr ungünstige soziale Situation der Patient*innen außer Acht lassen (alleinstehend, wenig unterstützende soziale Kontakte, Arbeitslosigkeit, Armut), weil diese Situation oft den Schlüssel zum Verständnis der niedrigeren Abstinenzmotivation bietet. In diesen Fällen geht es darum, trotz der insgesamt ungünstigen Lage Ziele zu finden, wofür es sich doch noch „lohnt“ den Konsum zu beenden oder einzuschränken. Ein spezifisches Manual für MI bei Menschen mit Sucht und Psychose liegt zwar nicht vor, allerdings wurden die Grundzüge der Modifikation des MI für den Einsatz bei Menschen mit dieser Komorbidität bereits in den 1990er und 2000er Jahren für Einzel- und Gruppenformate beschrieben (Motivation Based Dual Diagnosis Treatment; Ziedonis & Fisher, 1996; Ziedonis & Trudeau, 1997; Drake & Mueser, 2000; VanHorn & Bux, 2001).

26.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen motivierende Gespräche nach den Prinzipien des Motivational interviewing (MI) mit dem Ziel der Steigerung der Motivation für eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand (SCL-90-R, PANSS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Allgemeines Funktionsniveau (GAF) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		

Soziales Funktionsniveau (OTI, SOFAS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 11 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 86,4 %, Konsens (19 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)

Das Cochrane Review von Hunt et al. (2019) mit insgesamt 41 RCTs mit insgesamt 4024 Teilnehmenden enthält zehn verschiedene Analysen zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen (überwiegend Schizophrenie und andere Psychosen) und Konsumstörungen. Bei der fünften Analyse wird die Effektivität der Motivierenden Gesprächsführung untersucht. Berücksichtigt wurden dabei neun RCTs aus den Jahren 1999 bis 2016. Die Interventionen bestanden aus einer bis sechs MI-Sitzungen überwiegend im Einzelformat, teils im stationären und teils im ambulanten Setting, im Zeitraum von überwiegend einer bis sechs Wochen (bei nur einer Studie Zeitraum von sechs Monaten; Bonsack et al., 2011) und mit einem Follow-up Zeitraum von drei bis 18 Monaten. Die Kontrollbedingungen waren überwiegend TAU mit der Ausnahme einer Studie mit supportiver Therapie und einer weiteren Studie mit Psychoedukation (Bechdorf et al., 2012; Graeber et al., 2003; jeweils gleiche Anzahl an Sitzungen wie die Interventionsgruppe).

Bei der Schlussfolgerung im Abstract des Reviews sind Hunt et al. (2019, S. 2) relativ zurückhaltend bei der Bewertung von MI im Vergleich zu TAU: „*We found no clear differences between treatment groups for numbers lost to treatment at six months (RR 1.71, 95% CI 0.63 to 4.64; participants = 62; studies = 1). A clear difference, favouring MI, was observed for abstaining from alcohol (RR 0.36, 95% CI 0.17 to 0.75; participants = 28; studies = 1) but not other substances (MD -0.07, 95% CI -0.56 to 0.42; participants = 89; studies = 1), and no differences were observed in mental state general severity (SCL-90-R) scores (MD -0.19, 95% CI -0.59 to 0.21; participants = 30; studies = 1). All very low-quality evidence.*“ Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Meta-Analyse (Hunt et al., 2019, S. 169-183) fällt auf, dass bei den verschiedenen Outcomes zu den verschiedenen Follow-up Zeitpunkten jeweils nur wenige oder auch nur eine Studie mit relativ kleiner Fallzahl berücksichtigt werden konnten, was die Zurückhaltung bei der Schlussfolgerung im Abstract verständlich macht. Dennoch zeigten sich neben dem im Abstract benannten klaren Vorteil bzgl. einer Alkoholabstinenz (mit $p=0,01$ signifikant nach sechs Monaten; mit $p=0,06$ Trend bereits nach drei Monaten) auch signifikante Vorteile von MI hinsichtlich des Ausmaßes des Cannabiskonsums (signifikant nach drei und sechs Monaten mit jeweils $p=0,01$ und $p=0,02$; nach zwölf Monaten nicht mehr signifikant) sowie Trends hinsichtlich des Ausmaßes des Substanzkonsums und der Abstinenzraten substanzübergreifend (Substanzkonsum $p=0,11$ nach drei Monaten, aber nicht mehr nach zwölf Monaten; Abstinenzrate $p=0,09$); ferner ein signifikanter Vorteil von MI hinsichtlich der Adhärenz mit der ambulanten Nachsorge nach Entlassung aus einer stationären Behandlung ($p=0,01$) sowie Trends hinsichtlich des Funktionsniveaus nach zwölf Monaten ($p=0,15$ und $p=0,16$), aber nicht bereits nach drei oder sechs Monaten. In der Diskussion werden die Ergebnisse der einzelnen RCTs kommentiert und die Schlussfolgerung lautet hier: „*Some support was found for the effectiveness of motivational interviewing in reducing substance use, even though studies were generally small, interventions brief, and follow-up times shorter than for other comparisons*“. Tendenziell werden deutlichere positive Effekte bei mehr als einer Sitzung gesehen (Hunt et al., 2019, S. 45).

Sechs weitere systematische Reviews unterstützen die Ergebnisse des Cochrane Reviews von Hunt et al. (2019). Es handelt sich um folgende Publikationen: McLoughlin et al. (2014), Cooper et al. (2015), Boniface et al. (2018), Wang et al. (2021), Bouchard et al. (2022) und Siddiqui et al. (2024). Sie sind

teilweise älter als Hunt et al. (2019), aber auch die neueren Reviews berücksichtigen keine neueren RCTs und sie haben zudem keine Meta-Analysen speziell zur Effektivität von MI durchgeführt. Aus diesem Grund haben wir uns bei der systematischen Bewertung auf das methodisch hochwertigere systematische Review von Hunt et al. (2019) konzentriert.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 26)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit der Doppeldiagnose durch motivierende Gespräche nach den Prinzipien des MI hinsichtlich des Substanzkonsums (Alkohol und Cannabis) zumindest zeitweise profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Sehr niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist sehr niedrig. Es gibt sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da sich die Beobachtungen der Meta-Analyse meist nur auf einzelne RCTs mit wenigen Teilnehmenden beziehen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit der Doppeldiagnose sowie der Angehörigen eine hohe Zustimmung zu motivierenden Gesprächen nach den Prinzipien des Motivational interviewing (MI) zu erwarten ist.	
Ressourcen:	Nicht festgelegt
Motivierende Gespräche nach den Prinzipien des MI können umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort variieren. Es ist kurzfristig mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies aber durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.	

In der Zusammenschau können positive Effekte der Motivierenden Gesprächsführung auch bei abhängigkeitserkrankten Menschen mit der Komorbidität einer Psychose wissenschaftlich belegt werden. Die Qualität der Evidenz ist gering und die Effekte zeigten sich in den Studien teilweise nur vorübergehend. Dennoch sollten diese positiven Effekte aus Sicht der Leitliniengruppe nicht relativiert werden; vielmehr sollten sie ermutigend und handlungsleitend sein, zumal eine Verstärkung der Motivation zur Konsumreduktion die Grundlage für die Behandlungssadhärenz und Akzeptanz weiterer Behandlungsangebote seitens der Betroffenen ist. Diese sowie die Angehörigen äußern eine hohe Zustimmung zu motivationsfördernden Interventionen.

Ein Forschungsbedarf wird hinsichtlich der „Therapiedosis“ und Gesamtdauer der Intervention sowie insbesondere zur Effektivität von Boostersitzungen im Behandlungsverlauf gesehen.

6.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Das Training sozialer Fertigkeiten oder sozialer Kompetenzen (social skills training) ist eine verbreitete verhaltenstherapeutische Methode, die in der Behandlung von Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen eingesetzt werden kann, insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Störungen, deren Erkrankungen mit Einschränkungen der sozialen Kompetenzen einhergehen. Rationale

ist, dass eine Verbesserung sozialer Fertigkeiten zu Stressreduktion, mehr Zufriedenheit, besserer sozialer Anpassung in verschiedenen sozialen Situationen und damit letztlich zu einer psychischen Stabilisierung führen kann. Die eingesetzten Techniken umfassen Coaching, Übungen nach Modellen und Rollenspiele in verschiedenen typischen sozialen Situationen. Entscheidend ist die Frage, ob die geübten Fertigkeiten aus dem Training auf den Alltagskontext der Betroffenen generalisieren.

Bei der Behandlung von Menschen mit Psychosen ist das Training sozialer Kompetenzen insbesondere in stationären Settings als Gruppentherapie verbreitet. Die Wirksamkeit des Trainings auf Alltagskompetenzen, Funktionsniveau, Krankheitssymptome, insbes. auf die Negativsymptomatik, wie auch auf die Rezidivrate ist bei Menschen mit Psychosen insgesamt gut belegt. Auf Basis der guten Evidenz mit Meta-Analysen und einem Cochrane Review empfiehlt die S3-Leitlinie Schizophrenie das Angebot eines Sozialen Kompetenztrainings, wenn relevante Einschränkungen der sozialen Kompetenzen oder eine anhaltende Negativsymptomatik vorliegen (DGPPN 2025, Kapitel 9.7).

Daneben haben sich zunehmend auch kognitive Verfahren mit dem Ziel einer Beeinflussung von Positivsymptomen wie Wahn und Halluzinationen etabliert, die die häufig bestehenden kognitiven Einschränkungen von Menschen mit Psychose berücksichtigen und unterstützend mit einer „Normalisierung“ von Beschwerden arbeiten. In der S3-Leitlinie Schizophrenie wird eine störungsspezifische KVT mit mindestens 16 und idealerweise mehr als 25 Sitzungen und einem sektorübergreifenden Vorgehen bei stationärem Beginn sowie konkret der Einsatz des Metakognitiven Trainings empfohlen (DGPPN, 2025b, Empfehlung 58 bis 61 und 64). Unter den praktischen Informationen wird aufgeführt, dass es bei kognitiven Defiziten bzw. Denkstörungen hilfreich sein kann, die Sitzungszeit zu verkürzen und dafür häufigere Sitzungen anzubieten (DGPPN, 2025b, S. 151).

Bei der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gehört die Verhaltenstherapie ebenfalls zu den etablierten Behandlungsmethoden. Sie umfasst übende und kognitive Techniken und wird häufig im Gruppensetting durchgeführt. Voraussetzung für einen sinnvollen Einsatz ist der Wille bzw. die Motivation zur Abstinenz oder Konsumreduktion seitens der Betroffenen, weswegen die KVT erst bei einem entsprechenden Motivationsstadium erfolgsversprechend ist. Die Betroffenen lernen in der Therapie Risikosituationen zu erkennen, die den Suchtdruck bei ihnen triggern oder verstärken; sie üben wie sie solche Situationen vermeiden und/oder sich ablenken und mit dem Verlangen nach dem Suchtstoff umgehen können; sie üben, sich Konsumangeboten aus ihrem Umfeld zu widersetzen (resistance skills) und lernen mit Rückfällen umzugehen. Da eine Suchtproblematik häufig mit unzureichenden allgemeinen sozialen und Problemlösefertigkeiten assoziiert ist, werden bei den Behandlungsprogrammen regelhaft auch allgemeine soziale Fertigkeiten trainiert. Sowohl in der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen als auch in der S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen wird KVT im Rahmen der Postakutbehandlung bzw. zur Reduktion des Cannabiskonsums empfohlen (DGPPN & DG-Sucht, 2020, Empfehlung 3.8.3.11; DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025, Empfehlung 2.4.2)

Schließlich ist die Wirksamkeit eines weiteren klassisch verhaltenstherapeutischen Verfahrens, des Kontingenzmanagements, welches nach den Prinzipien des Lernens nach Belohnung arbeitet, in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zur Unterstützung der Abstinenz oder Konsumreduktion wissenschaftlich gut evaluiert. Das CM ist international gut etabliert, in Deutschland hat es sich jedoch wenig durchgesetzt. Die S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen gibt eine starke Empfehlung für Kontingenzmanagement neben der KVT im Rahmen der Postakutbehandlung (DGPPN

& DG-Sucht, 2020, Empfehlung 3.8.3.11). Ebenso empfiehlt die S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen auf Basis von Evidenz, dass Kontingenzmanagement zusätzlich zu motivierenden Interventionen und KVT eingesetzt werden sollte (DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025, Empfehlung 2.4.3)

Bei der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht lag der Schwerpunkt bei den frühen Konzeptionierungen verhaltenstherapeutischer Interventionen aufgrund der häufig eingeschränkten Konzentrations- und Abstraktionsfähigkeiten bei den übenden Verfahren. In der Dual Diagnosis Relapse Prevention therapy wurden die Grundzüge des Trainings abstinenzbezogener Fertigkeiten einschließlich resistance skills und allgemeiner sozialer Fertigkeiten, wie z.B. Kommunikationsfertigkeiten und selbstsicheres Auftreten, beschrieben (Ziedonis & Trudeau, 1997). Bei der Behavioral Treatment of Substance Abuse in Schizophrenia (BTSAS) erfolgt das Training der allgemeinen sozialen Kompetenzen vor dem Training der konsumbezogenen Fertigkeiten und der Problemlösefähigkeit (Bennett et al., 2001).

Je ein ausführliches KVT-Manual für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht mit Materialien für die Therapiesitzungen liegt in englischer und in deutscher Sprache vor (C-BIT: Graham et al., 2004; KompASSs: Schnell & Gouzoulis-Mayfrank, 2007). Hier kommen auch kognitive Techniken zum Einsatz, wobei explizit auf Kognitionen, Verhaltensweisen und Risikosituationen fokussiert wird, die sowohl für die Psychose als auch für die Abhängigkeitserkrankung von Relevanz sind.

Das deutschsprachige KompASSs-Training ist in fünf Module unterteilt und umfasst insgesamt 21 Gruppensitzungen zu je 90 Minuten einschließlich einer Pause für 5-8 Patient*innen. Bei einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche kann es in 4-6 Monaten absolviert werden, wobei Quereinstiege beim Beginn eines neuen Moduls und/oder Wiederholungen von Modulen individuell möglich sind. Das Manual bietet unterschiedlich komplexe Übungen, so dass das Training auf unterschiedliche kognitive Funktionsniveaus von Teilnehmenden angepasst werden kann. Insgesamt ist es eher für das ambulante Setting geeignet. Ein Einstieg kann jedoch innerhalb eines stationären Aufenthaltes angeboten werden und die Fortsetzung kann settingübergreifend ambulant erfolgen (Schnell & Gouzoulis-Mayfrank, 2007).

6.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie

27.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), vorzugsweise in Ergänzung zu Motivationalen Interventionen, angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
MI + KVT Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung		

<p>Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Unerwünschte Ereignisse niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Rückfallquote (Hospitalisierung) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau (GAF) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau (SFS) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Lebensqualität (BQOL, CSQ) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>KVT: Drop Out Rate: Abbruch der Be- handlung niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F1: Sub- stanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (Insight Scale) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau (SOFAS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. <i>Schizophrenia bulletin</i>.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 12 und 13 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 81,8 %, Konsens (18 Ja; 0 Nein; 4 Enthaltungen)</p>

Grundlage ist auch hier das bereits mehrfach genannte Cochrane Review von Hunt et al. (2019) mit insgesamt 41 RCTs mit insgesamt 4024 Teilnehmenden und 10 verschiedenen Analysen zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen (überwiegend Schizophrenie und andere Psychosen) und Konsumstörungen. Die Empfehlung 27 basiert auf der dritten und der siebten Analyse.

Bei der siebten Analyse wurde die Effektivität einer Intervention untersucht, die Kognitive Verhaltenstherapie mit Motivierender Gesprächsführung kombiniert (KVT+MI). Berücksichtigt wurden hier neun RCTs aus den Jahren 2001 bis 2015 mit Menschen mit Psychose, überwiegend Schizophrenie und Schizoaffektive Störungen, vereinzelt auch Bipolare Störungen und schwere depressive Störungen, sowie einer komorbiden Konsumstörung. Die Sitzungsfrequenz und Gesamtdauer der Intervention waren nicht in allen RCTs genau festgelegt. Soweit eruierbar, wurden insgesamt 4 bis 26 Sitzungen, überwiegend als Einzeltherapie und vereinzelt zusätzlich im Gruppenformat, im Zeitraum von drei bis neun Monaten angeboten. Zwei RCTs bezogen zusätzlich auch die Familie in die KVT-Intervention ein (Barrowclough et al., 2001; Hjorthoj et al., 2013) und ein weiterer dreiarmer RCT verglich eine kürzere KVT+MI Intervention von 12 Sitzungen über 4,5 Monate mit einer doppelt so langen Intervention von 24 Sitzungen über 9 Monate (Barrowclough et al., 2014). Die Kontrollbedingungen waren überwiegend „nur“ TAU mit der Ausnahme einzelner Studien mit zusätzlich einer professionellen Familienunterstützung (Barrowclough et al., 2001), eines Zugangs zu gemeindebasierten sozialpsychiatrischen Angeboten (Barrowclough et al., 2010), oder Psychoedukation bezüglich der Suchtproblematik (Bellack et al., 2006).

Die Autor*innengruppe bewertete KVT+MI im Vergleich zu TAU insgesamt als nicht wirksam. Die Schlussfolgerung im Abstract lautet: „At 12 months, there was no clear difference between treatment groups for numbers lost to treatment (RR 0.99, 95% CI 0.62 to 1.59; participants = 327; studies = 1; low-quality evidence), number of deaths (RR 0.60, 95% CI 0.20 to 1.76; participants = 603; studies = 4; low-quality evidence), relapse (RR 0.50, 95% CI 0.24 to 1.04; participants = 36; studies = 1; very low-quality evidence), or GAF scores (MD 1.24, 95% CI -1.86 to 4.34; participants = 445; studies = 4; very low-quality evidence). There was also no clear difference in reduction of drug use by six months (MD 0.19, 95% CI -0.22 to 0.60; participants = 119; studies = 1; low-quality evidence).“ (Hunt et al., 2019, S. 2). Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Meta-Analyse (Hunt et al., 2019, S. 189-208) fielen mehrere signifikante oder tendenzielle Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe auf, wenngleich auch hier jeweils nur wenige oder auch nur eine Studie mit teilweise kleinen Fallzahlen berücksichtigt werden konnten, was die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wiederum relativiert. Hinsichtlich der Anzahl der konsumierten Substanzen und des Ausmaßes des Konsums bei der Hauptsubstanz zeigten sich Trends zugunsten der KVT+MI-Intervention beim Follow-up nach 3 Monaten ($p=0,06$ und $0,08$), aber nicht mehr nach sechs oder zwölf Monaten (in der Analyse 7.7 wahrscheinlich irrtümlich als Nachteil der Interventionsgruppe dargestellt (Hunt et al., 2019, S. 198)). Das soziale Funktionsniveau war am Ende einer neunmonatigen Behandlung tendenziell ($p=0,08$) und drei Monate später signifikant höher ($p=0,03$), und die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung waren nach jeweils 6 und 10 Monaten höher ($p=0,05$ und $p<0,0001$). Schließlich zeigten sich Trends in Richtung einer Reduktion von Rückfällen mit stationärer Wiederaufnahme (drei und neun Monate nach dem Ende einer neunmonatigen Behandlung jeweils $p=0,06$ und $p=0,1$) und einer Reduktion polizeilicher Festnahmen im Verlauf von 6 Monaten ($p=0,08$). In der Diskussion wurden die Ergebnisse der einzelnen RCTs kommentiert und die Schlussfolgerung lautete hier: „We found some support for the effectiveness of cognitive behavioral therapy + motivational interviewing over standard care, yet, findings were inconsistent and, again, much data were unable to be used from all seven eligible studies.“ (Hunt et al., 2019, S. 46). Erwähnenswert ist hier, dass die zwei RCTs, bei denen die Familie zusätzlich in die KVT-Intervention einbezogen worden war, relativ gute Ergebnisse erzielten (Barrowclough et al., 2001; Hjorthoj et al., 2013). Hingegen konnte kein Unterschied bei den Ergebnissen zwischen einer kürzeren Intervention

über 4,5 Monate und einer längeren Intervention über 9 Monate nachgewiesen werden (Barrowclough et al., 2014).

Die dritte Analyse im Cochrane Review von Hunt et al. (2019) untersuchte die Effektivität von KVT alleine im Vergleich zu TAU. Hierbei wurden zwei RCTs aus den Jahren 2005 und 2006 mit Patient*innen mit Schizophrenie oder einer Störung aus dem Schizophreniespektrum und einer Konsumstörung berücksichtigt. Die Intervention bestand aus wöchentlichen KVT Sitzungen (Edwards et al., 2006) oder 14-tägigen Sitzungen KVT in Kombination mit Psychoedukation für die Betroffenen und die Familie (Naeem et al., 2005) für die Dauer von drei Monaten. Die Kontrollbedingungen waren TAU (Naeem et al., 2005) oder das Behandlungsangebot eines Frühinterventionszentrums für Ersterkrankte, welches neben den regelmäßigen ärztlichen Kontrolluntersuchungen und Medikation auch Psychoedukation, case management, Gruppentherapien und Einbeziehung der Familie beinhaltete (Edwards et al., 2006). Die Autor*innengruppe sah insgesamt keine Vorteile einer KVT im Vergleich zu TAU. Die Schlussfolgerung im Abstract lautet: „*There was no clear difference between treatment groups for numbers lost to treatment at three months (RR 1.12, 95% CI 0.44 to 2.86; participants = 152; studies = 2; low-quality evidence), cannabis use at six months (RR 1.30, 95% CI 0.79 to 2.15; participants = 47; studies = 1; very low-quality evidence) or mental state insight (IS) scores by three months (MD 0.52, 95% CI -0.78 to 1.82; participants = 105; studies = 1; low-quality evidence).*“ Hier zeigen sich bei der Betrachtung der Ergebnisse der Meta-Analyse auch keine Gruppenunterschiede, auch nicht als statistischer Trend (Hunt et al., 2019, S. 160-165).

Der bereits oben erwähnte Review von Siddiqui et al. (2024) enthält auch Analysen zu KVT+MI vs. TAU und KVT vs. TAU, allerdings ohne metaanalytische Berechnungen. Die Analyse KVT+MI vs. TAU berücksichtigt die gleichen Studien wie der Review von Hunt et al. (2019). Die Analyse zu KVT vs. TAU berücksichtigt neben den zwei Studien aus dem Review von Hunt et al. (2019) auch eine dritte Studie von Kemp et al. (2007), die allerdings bei genauer Betrachtung eine KVT+MI Intervention untersuchte und im Review von Hunt et al. (2019) in der siebten Analyse (KVT+MI vs. TAU) enthalten ist. Die Ergebnisse von Siddiqui et al. (2024) wie auch die Ergebnisse von vier weiteren systematischen Reviews unterstützen die Erkenntnisse aus dem Review von Hunt et al. (2019). Es handelt sich um folgende Publikationen: McLoughlin et al. (2014), Cooper et al. (2015), Wang et al. (2021) und Bouchard et al. (2022). Sie sind teilweise älter als Hunt et al. (2019), aber auch die neueren Reviews berücksichtigen keine neueren RCTs und sie haben zudem keine Meta-Analysen speziell zur Effektivität zu KVT oder KVT+MI durchgeführt. Aus diesem Grund haben wir uns bei der systematischen Bewertung auf das methodisch hochwertigere systematische Review von Hunt et al. (2019) konzentriert.

In der Zusammenschau findet sich eine Evidenz für einen Nutzen einer kombinierten Anwendung von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Motivierender Gesprächsführung, aber kein Nachweis für einen Nutzen einer alleinigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention. Ob Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht tatsächlich von einer KVT alleine überhaupt nicht profitieren, oder ob die spärliche Studienlage mit nur zwei Studien mit insgesamt 152 Teilnehmenden und einer starken Kontrollintervention nicht ausreichend ist, um einen Effekt zu zeigen, muss an dieser Stelle unbeantwortet bleiben.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 27)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
----------------------------	---

<p>Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit der Doppeldiagnose durch eine Kombinationsbehandlung von MI und KVT hinsichtlich des Sozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität profitieren können. Hierdurch entsteht ein eventueller Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht. Bei KVT alleine ist kein Unterschied zwischen der Interventions- und Vergleichsgruppe erkennbar. Es besteht weder ein klarer Nutzen der Intervention noch ein Schadensrisiko.</p>	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Sehr niedrig
<p>Die Gesamtqualität der Evidenz ist sehr niedrig. Es gibt sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias, teilweise schwerwiegende Inkonsistenzen und sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen sich teilweise nur auf ein RCT mit wenigen Teilnehmenden beziehen.</p>	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
<p>Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit der Doppeldiagnose sowie der Angehörigen eine hohe Zustimmung zu MI in Kombination mit KVT zu erwarten ist. Auch zu KVT alleine ist hohe Zustimmung zu erwarten.</p>	
Ressourcen:	Nicht festgelegt
<p>Die Kombination von MI und KVT kann umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort variieren. Es ist kurzfristig mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies aber durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.</p>	

28.	Empfehlung	Neu (2025)
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p style="text-align: center;">B ↑</p>	<p>Menschen mit der Komorbidität Bipolarer Störung und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine kognitive Verhaltenstherapie, vorzugsweise als Gruppentherapie, angeboten werden, die auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Bipolarer Störung und Substanzkonsum eingeht.</p>	
<p>Qualität der Evidenz</p>		
<p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum</p> <p style="text-align: center;">niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., Doreau, H. R., & Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. <i>The American journal of psychiatry</i>, 164(1), 100–107.</p>	
<p>Klinischer Outcome F31: Episoden bipolarer Störung</p> <p style="text-align: center;">niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Weiss, R. D., Griffin, M. L., Jaffee, W. B., Bender, R. E., Graff, F. S., Gallop, R. J., & Fitzmaurice, G. M. (2009). A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance</p>	
<p>Klinischer Outcome F31: Depressive und Manische Episoden</p> <p style="text-align: center;">niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>		

	<p>dependence: a randomized controlled trial. <i>Drug and alcohol dependence</i>, 104(3), 212–219.</p> <p>Jones, S. H., Riste, L., Robinson, H., Holland, F., Peters, S., Hartwell, R., Berry, K., Fitzsimmons, M., Wilson, I., Hilton, C., Long, R., Bateman, L., Weymouth, E., Owen, R., Roberts, C., & Barrowclough, C. (2019). Feasibility and acceptability of integrated psychological therapy versus treatment as usual for people with bipolar disorder and co-morbid alcohol use: A single blind randomised controlled trial. <i>Journal of affective disorders</i>, 256, 86–95.</p>
Evidenz: GRADE Profil Nr. 12 und 13 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

Die Empfehlung 28 basiert auf zwei RCTs von Weiss et al. (2007, 2009) bei Menschen mit der Komorbidität Bipolare Störung und Sucht und einem RCT von Jones et al. (2019) bei Menschen mit der Komorbidität Bipolare Störung und Alkoholabhängigkeit. Die beiden RCTs von Weiss et al. (2007, 2009) wurden aus einem Review von Crowe et al. (2021) extrahiert. Dieser Review wurde darüber hinaus aufgrund methodischer Mängel nicht verwendet. Im Review von Hunt et al. (2019) waren die zwei RCTs von Weiss et al. (2007, 2009) zwar auch identifiziert, aber dort von den Analysen ausgeschlossen worden, weil sie sich ausschließlich auf die Bipolare Störung bezogen. Die Studie von Jones et al. (2019) wurde über die RCT-Suche identifiziert, sie war aufgrund des Erscheinungsjahrs nicht mehr im Review von Hunt et al. (2019) berücksichtigt worden.

Weiss et al. (2007) untersuchten in einem ersten kleinen RCT mit 61 Teilnehmenden die Effekte einer kognitiven Verhaltenstherapie, die beide Erkrankungen gleichzeitig adressierte, im Vergleich zu einer Beratung ausschließlich zu Aspekten der Konsumstörung. Die Intervention und die Kontrollbedingung wurden über jeweils 20 Wochen in wöchentlichen Gruppensitzungen angeboten. Die integrierte KVT zeigte Vorteile hinsichtlich der Reduktion des Konsums, insbesondere des Alkoholkonsums, während der Behandlung und im Follow-up. In der Interventionsgruppe traten im Selbststrating vermehrt subdepressive und submanische Symptome auf, allerdings zeigte sich kein Unterschied bei Krankheitstagen. Beim zweiten RCT auch mit 61 Teilnehmenden untersuchten Weiss et al. (2009) erneut die Effekte einer integrierten kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu einer Beratung ausschließlich zu Aspekten der Konsumstörung. Diesmal betrug die Dauer der Intervention und der Kontrollbedingung jeweils nur zwölf Wochen mit wöchentlichen Gruppensitzungen. Auch hier zeigte sich ein Vorteil der KVT bezüglich der Konsumreduktion während der Behandlung (tendenziell) und noch deutlicher in der Follow-up-Zeit. Bezüglich affektiver Symptome fand sich kein Unterschied auf der Symptomebene und das Risiko für affektive Episoden war in der Interventionsgruppe tendenziell geringer.

Das RCT von Jones et al. (2019) bezieht sich nur auf die Komorbidität Bipolare Störung und Alkoholabhängigkeit. Es ist eine kleine Studie (n=44) mit dem Fokus auf Machbarkeit und Akzeptanz einer Intervention bestehend aus bis zu 20 Einzeltherapiesitzungen von MI + KVT im Zeitraum von sechs Monaten. Neben der qualitativen Analyse von Machbarkeit und Akzeptanz wurden als sekundäre Outcomes auch Frequenz und Menge des Alkoholkonsums sowie Rückfälle der Bipolaren Störung erfasst. Die

Kontrollbedingung war TAU. Die Intervention zeigte sich machbar und fand hohe Akzeptanz und Zustimmung seitens der Patient*innen. Die klinischen Outcomes (Alkoholkonsum und bipolare Störung) der zwei Gruppen unterschieden sich nicht.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 28)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Bipolarer Störung und Substanzabhängigkeit durch eine KVT hinsichtlich des Substanzkonsums profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko lässt sich nicht festmachen. In der älteren Studie der Gruppe um Weiss et al. (2007) zeigten sich in der Interventionsgruppe im Selbstrating mehr (subklinische) depressive und manische Symptome, aber kein Unterschied bei Krankheitstagen. Bei der neueren Studie zeigte sich der Unterschied auf der Symptomebene nicht und das Risiko für affektive Episoden war in der Interventionsgruppe tendenziell geringer (Weiss et al., 2009).	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen auf RCTs mit wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit Bipolarer Störung und Sucht sowie der Angehörigen keine hohe Variabilität hinsichtlich der Zustimmung zur kognitiven Verhaltenstherapie zu erwarten ist. Eine hohe Zustimmung zeigte sich auch in der Studie von Jones et al. (2019).	
Ressourcen:	Nicht festgelegt
KVT kann umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort variieren. Es ist kurzfristig mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung). Dies könnte langfristig durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.	

Die Evidenz für einen Nutzen einer Kognitiver Verhaltenstherapie erscheint bei Menschen mit Psychose und Konsumstörung zumindest in Kombination mit MI und bei Menschen mit Bipolarer Störung und Konsumstörung auch ohne begleitende MI-Intervention gesichert. Diese Therapien sollten vorzugsweise im Gruppenformat mit einer ausreichenden Dauer und Gesamtsitzungszahl angeboten werden.

6.3.2 Kontingenzmanagement

29.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann Kontingenzmanagement zur Beeinflussung des Konsumverhaltens angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		

Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung moderat ⊕⊕⊕⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	Johnson, S., Rains, L. S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Pilling, S., Marston, L., Omar, R. Z., Craig, M., Spencer, J., & Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 23(45), 1–108.
Rückfallquote (Hospitalisierung) niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Lebensqualität (QALYs, EQ-5D-3L) moderat ⊕⊕⊕⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 14 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

Die Empfehlung 29 basiert auf der vierten Analyse im bereits mehrfach genannten Cochrane Review von Hunt (2019) und zusätzlich auf einem RCT von Johnson et al. (2019).

In der vierten Analyse von Hunt et al. (2019) wurden vier RCTs aus den Jahren 2007 bis 2017 berücksichtigt. Die Teilnehmenden hatten eine Erkrankung aus dem Schizophreniespektrum, Bipolare Störung oder schwere depressive Störung und zusätzlich eine Alkohol- oder Stimulanzienabhängigkeit. Die Intervention bestand aus systematischer finanzieller Belohnung für toxikologische Tests mit negativem Ergebnis in Form von Vouchers und erstreckte sich über einen Zeitraum von vier bis zwölf Wochen. Die Kontrollbedingungen waren TAU und teilweise zusätzlich Psychoedukation oder eine geringere und unregelmäßige finanzielle Belohnung für Abgaben von Proben für toxikologische Untersuchungen. Die Autor*innengruppe bewertete CM insgesamt als nicht sicher wirksam. Die Schlussfolgerung im Abstract lautet: „*We found no clear differences between treatment groups for numbers lost to treatment at three months (RR 1.55, 95% CI 1.13 to 2.11; participants = 255; studies = 2; moderate-quality evidence), number of stimulant positive urine tests at six months (RR 0.83, 95% CI 0.65 to 1.06; participants = 176; studies = 1) or hospitalisations (RR 0.21, 95% CI 0.05 to 0.93; participants = 176; studies = 1); both low-quality evidence.*“ (Hunt et al., 2019, S. 2). Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Meta-Analyse (Hunt et al. 2019, S. 165-169) fallen dennoch auch hier mehrere Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe auf. So waren die Outcomes hinsichtlich des Stimulanzienkonsums (Anzahl positiver Urintests und i.v. Konsum) innerhalb der Behandlungsperiode in der CM-Gruppe hochsignifikant besser (3-Monatsdaten; beide p=0) und sie verschlechterten sich erst wieder bei der Follow-Up Untersuchung drei Monate nach Beendigung der Intervention (6-Monatsdaten; p=0,14 und p=0,22). Die Drop-Out Rate innerhalb der Behandlungsperiode (3-Monatsdaten) und die Rückfallrate (operationalisiert als stationäre Aufnahme) waren in der CM-Gruppe auch niedriger im Vergleich zu der Kontrollgruppe (p=0,01 und p=0,04). Diese positiven Effekte basierten auf den größeren Studien von McDonnell et al. (2013, 2027) mit jeweils 176 und 79 Teilnehmenden, während die verbleibenden zwei Studien mit jeweils 19 und 30 Teilnehmenden sehr klein waren. In der Diskussion begründete die Autor*innengruppe ihre negative Einschätzung von CM durch die erneute Zunahme des Konsums nach Beendigung der Intervention nach drei Monaten. Hier kommt die Leitliniengruppe zu einer anderen

Einschätzung, zumal bei Menschen mit schweren und komplexen psychischen Störungen längere Interventionszeiten für eine ausreichend Stabilisierung erforderlich sein könnten.

Der RCT von Johnson et al. (2019) wurde über den Review von Siddiqui et al. (2024) identifiziert. Alle weiteren Einzelstudien aus Siddiqui et al. (2024) waren bereits im Review von Hunt et al. (2019) betrachtet, aber entweder wegen methodischer Mängel ausgeschlossen oder in anderen Analysen berücksichtigt. Johnson et al. (2019) war ein großer Multicenter RCT mit 551 jungen, cannabis-konsumierenden Patient*innen mit Psychose aus Frühinterventionszentren in Großbritannien. Die psychotischen Störungen umfassten Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Bipolare Störung und Depression mit psychotischen Symptomen. Etwa zwei Drittel der Patient*innen waren abhängig von Cannabis. Die Intervention bestand aus CM mit systematischer Belohnung von Abstinenz durch finanzielle Zuwendungen (Vouchers) über eine Gesamtdauer von drei Monaten mit wöchentlichen Terminen. Sie wurde begleitet von einer computerbasierten Psychoedukation über Themen zum Cannabiskonsum. Die Kontrollbedingung enthielt die gleiche Psychoedukation neben TAU. Primärer Outcome war die Zeit bis zum Rückfall (time to relapse), operationalisiert als stationäre Aufnahme, und sie wurde nach 18 Monaten erhoben. Sekundäre Outcomes umfassten Abstinenzraten, Anteil an Tagen mit Konsum, weitere klinische Parameter und die Kosteneffektivität nach 3 und nach 18 Monaten (Johnson et al., 2019; Sheridan Rains et al., 2019). Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede beschrieben, allerdings waren die Drop-Out Raten hoch, so dass die Erfassung von sekundären Outcomes limitiert war.

Darüber hinaus werden die Ergebnisse des Cochrane Reviews von Hunt et al. (2019) durch die systematischen Reviews von Bouchard et al. (2022) und Siddiqui et al. (2024) unterstützt, die jedoch keine Meta-Analysen durchgeführt haben und bis auf das RCT von Johnson et al. (2019) die gleichen Studien wie das methodisch hochwertigere Cochrane Review von Hunt et al. (2019) berücksichtigten.

In der Zusammenschau ist die Evidenz für einen Nutzen von CM bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht gemischt. Teilweise zeigen die Studien eine deutliche Reduktion des Konsums während der Intervention, aber eine erneute Zunahme nach Beendigung. Es ist denkbar, dass Interventionen mit einer längeren Dauer nachhaltigere Ergebnisse erzielen könnten. Auch ist es denkbar, dass CM eine bessere Wirkung bei Menschen mit Psychose und Abhängigkeit von Drogen wie Stimulanzien im Vergleich zu Cannabis aufweist.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 29)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht durch Kontingenzmanagement hinsichtlich des Substanzkonsums und der Rehospitalisierungsrate aufgrund eines Rückfalls profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen z.T. nur auf einem oder zwei RCTs beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Kontingenzmanagement kann umgesetzt werden, jedoch variiert die Akzeptanz. Sie hängt maßgeblich davon ab, wie individuell und unterstützend das Programm gestaltet ist. Aufgrund der variablen Akzeptanz sowie der bislang geringen Verbreitung des Verfahrens in Deutschland besteht ein begrenztes Angebot und somit wenig praktische Erfahrung damit.

Ressourcen:

Nicht festgelegt

Kontingenzmanagement kann umgesetzt werden, jedoch sind die Ressourcen für dieses Verfahren begrenzt. Die Akzeptanz variiert und hängt maßgeblich davon ab, wie es von Kostenträgern, Professionellen sowie Betroffenen und Angehörigen wahrgenommen wird. Aufgrund der eingeschränkten Akzeptanz besteht ein begrenztes Angebot.

Der Nutzen von CM bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht erscheint bei schmaler Studienlage und hoher Variabilität zwischen den Studien nicht gesichert. Hier sehen wir einen Forschungsbedarf, zumal die Wirksamkeit von CM bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen grundsätzlich als wissenschaftlich gesichert gilt und das Verfahren international gut etabliert ist.

6.3.3 Training sozialer Fertigkeiten

30.	Empfehlung	Adoption (2025)
Empfehlungsgrad: 6. A ↑↑	Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training sozialer Fertigkeiten angeboten werden.	
7. B ↑	Ein Training sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.	
Adoption der Empfehlung 71a und 71b der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b; AWMF-Registernummer 038-009)		
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (23 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)		

Die Empfehlung 30 wurde von der S3-Leitlinie Schizophrenie übernommen, nachdem bei der Literaturrecherche keine Studien über die Wirksamkeit eines Trainings sozialer Fertigkeiten speziell bei Menschen mit Psychose und Sucht identifiziert werden konnten. Zur Erläuterung: Die sechste Analyse im Review von Hunt et al. (2019) heißt zwar „Skills training versus standard care“, bei genauer Betrachtung untersuchten jedoch vier von den fünf berücksichtigten RCTs andere Interventionen. Deswegen konnte diese Meta-Analyse aus dem Review von Hunt et al. (2019) hier nicht als Evidenz genutzt werden.

Drei der fünf Einzelstudien der sechsten Analyse aus dem Review von Hunt et al. (2019) wurden extrahiert und bei den Kapiteln zur Kognitiven Remediation und zur Selbsthilfe berücksichtigt. Die zwei verbleibenden Studien waren aus den 1990er Jahren und hatten erhebliche Qualitätsmängel, so dass sie von einer systematischen Bewertung ausgeschlossen wurden. Als Unterstützung für die Empfehlung

30 kann lediglich die Studie von Jerrell und Ridgely (1995) mit insgesamt 132 Teilnehmenden mit einer schweren psychischen Erkrankung, überwiegend Schizophrenie, und einer Substanzabhängigkeit herangezogen werden. Es handelte sich um einen dreiarmligen RCT, bei dem ein behaviorales Fertigkeitstraining mit wöchentlichen Gruppensitzungen über 18 Monate mit zwei Kontrollinterventionen (Case Management und Selbsthilfeprogramm 12 step recovery) verglichen wurde. Dabei wurden Vorteile des Gruppentrainings im Vergleich zu beiden Kontrollinterventionen hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus und der klinischen Symptomatik berichtet, die über die Zeit zunahmen.

In der Zusammenschau gibt es keine Hinweise, dass das Soziale Kompetenztraining bei der Subgruppe von Menschen mit Psychose, die zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung haben, grundsätzlich weniger wirksam oder weniger geeignet wäre verglichen zu Menschen mit Psychose ohne die Komorbidität einer Abhängigkeitserkrankung. Somit soll diesen häufig schwer betroffenen Patient*innen das Angebot nicht vorenthalten werden.

6.4 Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen

Familienmitglieder, Angehörige und Zugehörige von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht können zum einen als eine wichtige Ressource in der Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung betrachtet werden; gleichzeitig können auch sie hohe Belastungen durch die mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen, Herausforderungen und Konsequenzen erfahren. Gut belegt sind erhöhte psychische und gesundheitliche Belastungen bei Angehörigen und Zugehörigen von Menschen mit Psychosen (Karambeleas et al., 2022) und bei Angehörigen und Zugehörigen von Menschen mit Substanzbezogenen Störungen (Orford et al., 2013). Eine komorbide Substanzbezogene Störung führt zu besonderen Auswirkungen auf den Verlauf psychotischer Erkrankungen und auf die Belastungen nahestehender Angehöriger (Johnson, 2000; Mihan et al., 2023).

Dabei ist davon auszugehen, dass Familienmitglieder, Angehörige und Zugehörige auf unterschiedliche Weise von verschiedenen Herausforderungen und Belastungen betroffen sind, wobei systematische vergleichende Studien fehlen (Di Sarno et al., 2025). Ableiten lassen sich aus den unterschiedlichen Erfahrungen, Fragen und Bedürfnissen von Angehörigen wie Eltern, Geschwister, Partner*innen, Kinder und andere Zugehörige unterschiedliche Unterstützungsbedarfe.

Angebote für Angehörige und Zugehörige können verschiedene Zielsetzungen simultan verfolgen. Neben einer Verbesserung der klinischen Symptomatik der Betroffenen mit Psychose und komorbider Substanzbezogener Störung können die Interventionen auf eine Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Betroffenen und Angehörigen oder auf eine Reduktion psychischer Belastung bei den Angehörigen abzielen.

Eine Untersuchung aus den USA mit 90 Menschen zeigte, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und komorbider Substanzkonsumstörung in stationärer psychiatrischer Behandlung durchaus Angehörige oder Freunde ohne Suchtproblematik haben, die sie in den Behandlungsprozess einbeziehen würden. Die Teilnehmenden gaben etwa fünf Mitglieder ihres sozialen Netzwerks an, von denen vier Personen keine Suchtstoffe konsumierten. Die Mehrheit der Teilnehmenden (> 70 %) war bereit, die Involvierung einer nahestehenden Person in den aktuellen stationären Behandlungsprozess zuzulassen, und sie konnten mehrere Bereiche benennen, in denen sie sich eine Unterstützung im Genesungsprozess vorstellen konnten (Hammond et al., 2022).

Eine weitere Beobachtungsstudie aus den USA, in der die Versorgungsdaten von 258 Personen mit Schizophrenie retrospektiv analysiert wurden, zeigte, dass eine Einbeziehung von Familien die regelmäßige Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten durch die Betroffenen erhöht (Fischer et al., 2008). Die Möglichkeiten des Einbezugs von Angehörigen sind dabei sehr vielfältig:

- Familieninterventionen (psychoedukative Ansätze, verhaltenstherapeutische Ansätze, Mehrfamilientherapie mit verschiedenen Elementen, u.a. von Information, Vermittlung von Bewältigungsstrategien, Ermutigung/Unterstützung der Familien, Erweiterung gezielter Kommunikationsfähigkeiten/Problemlösungsfähigkeiten, Einbezug der gesamten Familie oder bifokale Ansätze),
- Spezifische Angehörigeninterventionen ohne Einbeziehung der Betroffenen,
- Beratungsangebote,
- Peer-geleitete Ansätze,
- Angehörigenselbsthilfegruppen.

Indirekte Evidenz für die Wirksamkeit von Familieninterventionen liegt aus anderen Leitlinien für Psychosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien sowie für Substanzkonsumstörungen vor (S3-Leitlinie Schizophrenie, S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen, S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen, sowie S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen: hier Familientherapie in Kombination mit KVT bei Kindern und Jugendlichen). Diese Evidenz erscheint aus Expert*innensicht übertragbar auf die kombinierte Erkrankung. Die NICE-Guideline „Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people“ empfiehlt, die Angehörigen (Familie, Erziehungsberechtigte, andere nahestehende Personen) in die Behandlung einzubeziehen und bei frequentem Kontakt Aufklärung über die Erkrankung und weitere familienbasierte Interventionen anzubieten, die Befürchtungen der Angehörigen hinsichtlich der Auswirkungen der kombinierten Störung auf das eigene Leben zu thematisieren, deren Bedürfnisse zu erheben und im Bedarfsfall Unterstützungsangebote zu machen. Zusätzlich wird empfohlen, die Vertraulichkeit der Informationsweitergabe mit den Betroffenen einerseits und den Angehörigen andererseits zu thematisieren (NICE, 2011).

In der Arbeit mit Angehörigen und Familien von Menschen mit Psychose und Sucht erscheint es aus Expertensicht wichtig, die Zusammenhänge zwischen Psychose und Sucht herauszuarbeiten und das biologische Krankheitsmodell der Schizophrenie auf die Suchtstörung zu erweitern. Psychosoziale Ansätze innerhalb der Familie zielen auch hier auf eine Verbesserung des Familienklimas.

31.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 1. A ↑↑ 2. B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll eine Familienintervention im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. Sie sollte vorzugsweise spezifisch auf die Doppeldiagnose ausgerichtet sein.	
Qualität der Evidenz		
Patient*Innen-Outcomes: Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum	Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Clark, R. E., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., & Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe	

<p>moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau: Tage in stabiler Gemeinschaft/ Wohnsituation moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau: moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Kenntnis/Wissensstand moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Problemlösung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Familien/Angehörige-Outcomes:</p> <p>Kenntnis/Wissensstand moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Problemlösung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Körperliche und mentale Funktionsfähigkeit moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Stigmatisierung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Finanzielle Belastung moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>psychiatric disorders. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 39(3), 658–672.</p>
<p>Betroffene-Outcomes:</p> <p>Klinische Outcomes F1: Cannabiskonsum moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Lebensqualität moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a</p>

<p>Eltern-Outcomes:</p> <p>Belastungserleben - Stress moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Kompetenz von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Globales Einfühlungsvermögen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nicht-Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i>, 42(8), 1627–1636.</p> <p>Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. <i>Journal of substance abuse treatment</i>, 46(3), 340–345.</p> <p>Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. <i>Psychological medicine</i>, 45(13), 2839–2848.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 15 und 16 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

Zwei RCTs mit unterschiedlich aufgebauten Interventionen liegen der Empfehlung zugrunde. Im RCT von Mueser et al. (2013) aus den USA wurde eine kurze, zwei- bis dreimonatige, auf die Familie ausgerichtete psychoedukative Maßnahme (Brief Family Education, ED) mit einer längerdauernden, neun- bis 18-monatigen komplexen, auf die Doppeldiagnose ausgerichteten Familienintervention (Family Intervention for Dual Disorders (FIDD) program) verglichen. An der Studie nahmen 108 erwachsene Betroffene sowie jeweils ein Angehöriger teil. Von den Betroffenen hatten 77% eine Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenien und der Substanzkonsum-Störungen. Die beiden Programme unterschieden sich sowohl im Umfang als auch in der Dauer. Bei dem komplexeren FIDD Programm fand eine Aufklärung über die beiden parallel auftretenden Störungen statt, es wurde ein Problemlösungstraining zur Konfliktlösung und Steigerung der Motivation der Betroffenen umgesetzt mit dem Ziel, Probleme im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten anzugehen. Bei der Vergleichsgruppe wurden zwar vergleichbare Inhalte vermittelt, jedoch in einem wesentlich kürzeren Zeitraum von nur drei Monaten. Erhebungen wurden über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren durchgeführt (n=48), wobei es einen hohen Verlust in der Nachbeobachtung gab. Insgesamt zeigten sich im Zeitverlauf der Studie signifikante Verbesserungen bei sowohl der Interventions- als auch der Vergleichsgruppe in Bezug auf psychotische Symptome, Substanzmissbrauch und das Funktionsniveau. Bei den Angehörigen zeigten sich auch in beiden Gruppen signifikante Verbesserungen in Bezug auf das Wissen über die Erkrankungen, die erfahrene Belastung und die psychische Funktionsfähigkeit. Die Betroffenen in der Interventionsgruppe zeigten insgesamt weniger schwere psychische und psychotische Symptome gemessen mittels BPRS und auch eine stärkere Verbesserung der Funktionsfähigkeit. Die Angehörigen in FIDD verbesserten sich stärker in Bezug auf die psychische Funktionsfähigkeit und das Wissen über gleichzeitig auftretende Störungen. Insgesamt gab es keine konsistenten Unterschiede zwischen den Programmen bezüglich des Schweregrades des Substanzkonsums und der familiären Belastung. Eine Herausforderung ist, die Familien in der Behandlung zu halten.

Im RCT von Smeerdijk et al. (2012, 2014, 2015) wurde eine an Eltern gerichtete Gruppenintervention, die auf motivierender Gesprächsführung und Unterstützung von Interaktionsfähigkeiten basiert (Family Motivational Intervention (FMI), Interventionsgruppe), mit einer routinemäßigen Familienunterstützung in Form von einzelnen Beratungsgesprächen für Eltern mit einem erfahrenen Familientherapeuten verglichen (Kontrollgruppe, Routine Family Support, (RFS)-Gruppe). Es handelte sich um Eltern von jungen Erwachsenen mit kürzlich aufgetretener Schizophrenie und komorbidem Cannabiskonsum. Die Ziele der Studie waren eine emotionale Unterstützung der Eltern und praktische Hilfe bei der Begleitung der Erstpsychose ihres Kindes. Möglich war es dabei, eigene Themen einzubringen mit dem Ziel der Reduzierung des Cannabiskonsums. In der Interventionsgruppe wurden sechs Gruppensitzungen mit Interaction Skills Training und sechs Gruppensitzungen mit MI-Schulung (Motivational Interviewing) durchgeführt. Die jeweiligen Schulungen der Eltern waren in der Interventionsgruppe länger als in der Kontrollgruppe (drei Stunden vs. eine Stunde) und wurden in einem Gruppensetting anstatt in einem Einzelsetting durchgeführt. Es erfolgten Erhebungen nach drei Monaten sowie nach 15 Monaten nach Beendigung der Interventionen. In der Intention-To-Treat Analyse zeigte sich in der FMI-Gruppe im Vergleich zur RFS-Gruppe nach 15 Monaten eine signifikant stärkere Reduzierung des Cannabiskonsums der Betroffenen in Bezug auf Menge ($p = 0,01$) und Häufigkeit ($p < 0,01$). Das Craving der Betroffenen nach Cannabiskonsum war in der FMI-Gruppe nach 15 Monaten signifikant geringer ($p < 0,01$). In beiden Gruppen verbesserten sich die elterliche Belastung und das Gefühl der Überforderung („confounding“), jedoch zeigte nur die Einschätzung der Symptome der Betroffenen durch die Eltern in der FMI-Gruppe bei der 15-monatigen Nachuntersuchung eine weitere Verbesserung ($p < 0,05$).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 31)

Nutzen und Schaden:	Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
In der Evidenz gibt es schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit Psychose und Sucht durch Familieninterventionen/Einbezug der Angehörigen hinsichtlich des Substanzkonsums profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht. Aus klinischer und Angehörigen-Perspektive: Es wird von einem substantiellen Netto-Nutzen einer Einbeziehung von Angehörigen ausgegangen bei besonders belastenden Familiensituationen.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Moderat
Die Gesamtqualität der Evidenz ist moderat. Es gibt schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz, da die Beobachtungen auf zwei RCTs mit sehr wenigen Teilnehmenden bzw. einem hohen Verlust in der Nachbeobachtung beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Es davon auszugehen, dass seitens Menschen mit Psychose und Sucht eine gewisse Variabilität zu erwarten ist, der Einbezug der Angehörigen erfordert immer die Zustimmung der Betroffenen. Seitens der Angehörigen ist eine hohe Zustimmung hinsichtlich Familienintervention/Einbezug von Angehörigen zu erwarten. Je nach familiärer Situation und Bereitschaft der Personen kann dies variieren. Angehörigenvertretungen berichten positive Erfahrungen und hohe Präferenz für den Einbezug (Landesverband Suchtselbsthilfe NRW ARWED e.V., 2022).	
Ressourcen:	Nicht festgelegt

Eine Familienintervention/Einbezug der Angehörigen kann umgesetzt werden. Die Ressourcen und Umsetzbarkeit können je nach familiärer Situation und therapeutischer Verfügbarkeit variieren. Es ist mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch (Zeit, Kosten) zu rechnen, dies könnte aber durch einen günstigeren Verlauf auf Betroffenenebene sowie auf Angehörigenebene (Senkung negativer Erfahrungen und bessere psychische und somatische Outcomes, geringeres Belastungserleben) ausgeglichen werden.

In der Zusammenschau erscheint die Wirksamkeit von Familieninterventionen bei Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung gesichert.

In englischer Sprache liegt das FIDD vor. Es handelt sich um ein aufwendiges Programm, das mit Sitzungen mit einer Familie beginnt und im Verlauf zum Gruppenfamilienformat wechselt. Inhalte sind Beziehungsaufbau, Psychoedukation, Kommunikations- und Problemlösetraining und Rückfallprophylaxe (Mueser et al., 2003).

In Deutschland liegen nach aktuellem Stand zwei Manuale zu Familieninterventionen vor:

- Das Manual GOAL (Gesund ohne Abhängigkeit Leben) enthält neben der Psychoedukation für Betroffene auch eine umfangreiche Psychoedukation für die Angehörigen (D’Amelio et al., 2007).
- Das Manual FIPA (Familienintervention bei Menschen mit Psychose und Abhängigkeitserkrankung) ist an das FIDD Manual angelehnt, ist aber wesentlich kompakter. Es verbindet psychoedukative und kognitiv-behaviorale Elemente (Rezidivprophylaxe, Kommunikationstraining) und arbeitet in insgesamt 10 Gruppensitzungen z.T. nur mit den Angehörigen und z.T. im Gruppenfamilienformat gemeinsam mit den Betroffenen (Süßmuth & Gouzoulis-Mayfrank, 2019).

Trotz der gesicherten Wirksamkeit von Familieninterventionen besteht Forschungsbedarf bezüglich der Unterscheidung unterschiedlicher Interventionen und Modifikationen, sowie insbesondere bezüglich der Dauer und Intensität der Intervention. Weitere relevante Aspekte bei künftigen klinischen Studien umfassen die Definition und Planung der Kontrollintervention und die Beobachtungsdauer.

6.5 Kognitive Remediation

Viele Menschen mit einer Psychose weisen Beeinträchtigungen basaler kognitiver Funktionen, wie Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, sowie komplexer sozial-kognitiver Leistungen wie soziale Wahrnehmung, Affekterkennung und „Theory of Mind“ auf. Diese Beeinträchtigungen sind sehr wichtig für das psychosoziale Funktionsniveau und die Alltagsbewältigung. Übende Verfahren, die auf eine Verbesserung dieser Funktionen abzielen, haben ihre Grundlage in neuropsychologischen Prinzipien. Sie werden insbesondere im stationären und rehabilitativen Bereich als Trainingsprogramme einzeln oder in der Gruppe und mit unterschiedlich intensiver therapeutischer Begleitung eingesetzt. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass Kognitive Remediation günstige Effekte auf kognitive Funktionen, aber auch auf die Funktionsfähigkeit im Alltag und in sozialen Situationen und sogar auf die Negativsymptomatik hat (DGPPN, 2025b, S. 160-161)). Entsprechend spricht die S3-Leitlinie Schizophrenie eine starke Empfehlung für das Angebot einer Kognitiven Remediation bei Menschen mit einer Schizophrenie aus, wenn Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse vorliegen. Zusätzlich zu den individualisierten Trai-

ningsmaßnahmen werden auch therapeutische Angebote empfohlen, die die Entwicklung und den Einsatz von Kompensationsstrategien fördern und den Therapietransfer anleiten (DGPPN, 2025b, Empfehlungen 72 und 73). Dabei wird hervorgehoben, dass die Trainingsmaßnahmen wirksamer sind, wenn geschulte Therapeut*innen die Sitzungen begleiten und die Teilnehmenden zur Entwicklung kompensatorischer Strategien und zur Übertragung der kognitiven Fortschritte auf den Alltag anleiten (DGPPN, 2025b, S. 161).

32.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Menschen mit Psychose und Sucht, die im Rahmen der Psychose Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse aufweisen (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) soll Kognitive Remediation angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖	Eack, S. M., Hogarty, S. S., Bangalore, S. S., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2016). Patterns of Substance Use During Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study. <i>Journal of dual diagnosis</i> , 12(1), 74–82.	
Kognition und Verhalten: moderat ⊕⊕⊕⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 17 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (23 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Der RCT von Eack et al. (2015) wurde im Review von Hunt et al. (2019) identifiziert. Die Arbeit war dort irrtümlicherweise in der sechsten Analyse zu Social Skills Training vs. TAU enthalten und wurde aus dieser Analyse extrahiert. Es handelte sich um eine kleine Studie mit 31 Teilnehmenden mit Psychose (Schizophrenie oder Schizoaffective Störung) und komorbider Alkohol- oder Cannabiskonsumstörung. Neben der Routineversorgung wurde im ambulanten Setting ein umfangreiches Programm der CET mit einer Gesamtdauer von 18 Monaten eingesetzt. Dieses bestand aus 45 Gruppentrainingsitzungen in sozialer Kognition mit eingestreuten psychoedukativen Inhalten zum Substanzkonsum sowie 60 Stunden computergestützten Trainings in Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Problemlösung. Das computergestützte Training wurde in Patient*innenpaaren durchgeführt, um Kommunikation und gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen. Somit war die CET-Intervention komplex und sie enthielt Elemente zur Unterstützung eines Alltagstransfers. Die Kontrollbedingung bestand ausschließlich aus der Routineversorgung. Als Outcomes wurden alle sechs Monate Drop-Outs, Substanzkonsum (ausschließlich Selbstauskunft der Teilnehmenden über Timeline Follow-Back-Interviews), neurokognitive und sozialkognitive Leistungen sowie Krankheitssymptome untersucht. Weitere Details zu Methodik und Ergebnissen finden sich in einer zweiten Publikation über den gleichen RCT (Eack et al. 2016). Im Verlauf zeigten sich in der CET-Gruppe deutliche Verbesserungen von kognitiven Leistungen, sozialer Kognition und globalem Funktionsniveau. Zusätzlich kam es in der CET-Gruppe zu einer Reduktion des Alkoholkonsums (OR = 22, 95 % KI 0,05 bis 0,90, p = 0,036), aber nicht des Cannabiskonsums. Verbesserungen der kognitiven Leistungen waren mit einer stärkeren Reduktion des Alkohol- und des Cannabiskonsums assoziiert.

Vor dem Hintergrund der umfangreichen Evidenz für die Wirksamkeit und der starken Empfehlung für Kognitive Remediation bei Menschen mit Schizophrenie (S3-Leitlinie Schizophrenie, Empfehlungen 72-73) sowie der erwarteten Zustimmung der Betroffenen (s. unten: Von der Evidenz zur Entscheidung) kann eine starke Empfehlung auch bei Menschen mit Psychose und einer Substanzkonsumstörung ausgesprochen werden, obwohl für diese Gruppe nur ein kleiner RCT vorliegt.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 32)

Nutzen und Schaden:	Substantieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative
Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht durch Kognitive Remediation hinsichtlich der sozialen Kognition profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Moderat
Die Gesamtqualität der Evidenz ist moderat. Es gibt schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz, da die Beobachtungen auf einem RCT mit wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit Psychose und Sucht sowie der Angehörigen eine hohe Zustimmung zur Kognitiven Remediation zu erwarten ist, sofern das Training therapeutisch begleitet und angeleitet wird, zeitgemäße Trainingsmethoden gewählt und individuell auf die Bedarfe der Betroffenen abgestimmte und ausreichend variationsreiche Aufgaben auch zur Erleichterung des Alltagstransfers eingesetzt werden.	
Ressourcen:	Nicht festgelegt
Kognitive Remediation kann umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort variieren. Es ist kurzfristig mit einem etwas höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies aber durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.	

6.6 Ergotherapie

Ergotherapie fokussiert auf individuell bedeutsame Alltagsaktivitäten (sogenannte Betätigungen) und nutzt diese, um Wohlbefinden, Partizipation und Recovery zu fördern (AOTA, 2020; Konrad, 2020). Die ergotherapeutische Theorie und Praxis unterscheidet hierbei vier zentrale Betätigungsbereiche: Produktivität, Freizeit, Selbstfürsorge und Erholung. Zur Förderung der Alltagsbewältigung kommen v. a. kompetenz- und aktivitätsfördernde Methoden zum Einsatz, teilweise auch in manualisierter Form. Die besondere Form der arbeitsbezogenen Ergotherapie stellt dabei arbeitsrehabilitative Inhalte in den Mittelpunkt. Neben der Alltagsorientierung sind Klient*innenzentrierung und Ressourcenorientierung weitere Kernmerkmale (AOTA, 2020). Ergotherapeutische Grundhaltungen, Sichtweisen und Fachbegriffe konvergieren auch deutlich mit dem biopsychosozialen Modell und der Sprache des d-Kapitels der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) „Aktivitäten und Teilhabe“ der WHO (WHO, 2005).

In der stationären Versorgung besitzt die Ergotherapie eine lange Tradition und zählt zu den am häufigsten angebotenen nicht-medikamentösen Therapieverfahren. Als anerkanntes Heilmittel kann sie zudem ambulant durch Ärzte und Psychotherapeuten verordnet werden.

Eine detaillierte Darstellung der ergotherapeutischen Therapieverfahren findet sich in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2025a).

Bei der Behandlung von Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen werden ergänzend zur genannten Darstellung folgende suchtspezifische Aspekte berücksichtigt:

- Durchführung von Alltagsaktivitäten unter abstinenzförderlichen Bedingungen: Bei Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen oder der Nahrungsaufnahme wird konsequent auf Suchtmittel verzichtet. Auch versteckte Suchtmittel (z. B. Alkohol in Lebensmitteln, Medikamente mit Suchtpotenzial) werden im therapeutischen Prozess thematisiert und berücksichtigt.
- Integration suchtspezifischer manualisierter Interventionen: Zur adäquaten Behandlung der Doppeldiagnose werden spezifische Manuale (z. B. nach Schober et al., 2022) in die ergotherapeutische Arbeit einbezogen.
- Alternativer Aktivitätsaufbau: Die tagesstrukturierende, sinn- und aktivitätsstiftende Funktion, die das Suchtmittel in früheren Konsumzeiten erfüllt hat, wird im therapeutischen Prozess reflektiert. Wann immer möglich, werden problematische Verhaltensweisen aus Konsumzeiten durch abstinenzförderliche und gesundheitsorientierte Alltagsaktivitäten, Routinen und Gewohnheiten ersetzt.
- Umgang mit „Sucht-Trigger“: Bei sämtlichen ergotherapeutischen Angeboten werden individuelle "Sucht-Trigger" systematisch identifiziert und therapeutisch berücksichtigt.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten keine systematischen Reviews von RCTs oder einzelne RCTs zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Verfahren in der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht identifiziert. Die Empfehlung zur Ergotherapie der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen kann wegen ihrer diagnoseübergreifenden Ausrichtung auch bei der Behandlung von Betroffenen mit der Doppeldiagnose angewendet werden: *„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden“* (DGPPN 2025a, Empfehlung 34).

Im Bereich der Doppeldiagnosen besteht ein Forschungsdefizit, obwohl in den vergangenen Jahren die Forschungsaktivität im Bereich der Ergotherapie allgemein erkennbar zugenommen hat. Erforderlich wären randomisierte kontrollierte Studien, in denen der zusätzliche Effekt spezifischer ergotherapeutischer Ansätze in der Behandlung von Menschen mit Psychose und komorbider Sucht hinsichtlich relevanter Outcomes untersucht wird.

6.7 Künstlerische Therapien

Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) sind handlungsorientierte und erfahrungsbezogene Therapieformen. Sie kommen bei Menschen mit verschiedenen psychosozialen Belastungen und psychischen Erkrankungen zum Einsatz (FVB, 2025) und sind im klinischen Alltag psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen verbreitet. Die therapeutischen Verfahren basieren

auf einer theoriegeleiteten und wissenschaftlich fundierten Anwendung künstlerischer Mittel innerhalb einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Die Basis bildet dabei immer die Interaktion zwischen der/dem Betroffenen, Therapeut*in und dem schöpferisch-künstlerischen Prozess bzw. dem entstandenen Werk (BAG KT, 2025). Die Ziele sind vielfältig: sie können sich auf die Prävention, Veränderung, Entwicklung, Stabilisierung oder Akzeptanz richten. Die Verfahren wirken auf emotionaler, verhaltensbezogener, kognitiver, sozialer und physischer Ebene (FVB, 2020; DGPPN, 2025a).

Der Einsatz Künstlerischer Therapien wird bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empfohlen, da sie zur Reduktion psychopathologischer Symptome beitragen und möglicherweise das soziale Funktionsniveau, die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl verbessern können (DGPPN, 2025a - S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Empfehlung 33: *„Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.“*). Diese Empfehlung wurde auch von der S3-Leitlinie Schizophrenie übernommen (DGPPN, 2025b, Empfehlung 78). Auch die niederländische Leitlinie zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen empfiehlt den Einsatz Künstlerischer Therapien, insbesondere dann, wenn die Betroffenen Schwierigkeiten haben, ihre Gefühle verbal auszudrücken, oder wenn ein erfahrungsorientierter Ansatz indiziert ist (Akwa GGZ, 2017b, S. 8). Musiktherapie kann hierbei eine aktivierende Wirkung haben und sich positiv auf die Negativsymptomatik auswirken (Akwa GGZ, 2017a, S. 47).

Für Menschen mit Schizophrenie kommen Künstlerische Therapien bei ausgeprägter Negativsymptomatik als unterstützende Behandlungsoption in Frage (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012, S. 206). Auch andere kreative Ausdrucksformen wie kreatives Schreiben - etwa im Rahmen der Dramatherapie oder des Songwritings in der Musiktherapie - sollen laut Romm et al. (2023) die psychische Erholung und emotionale Selbstregulation bei Menschen mit erster Psychoseerfahrung fördern, die Identitätsentwicklung unterstützen und das Selbstwirksamkeitserleben (Empowerment) stärken können. Schließlich wird auch für Menschen mit einer Suchterkrankung beschrieben, dass Musik-, Tanz- und andere Künstlerische Therapien motivationsfördernd wirken, sich positiv auf sekundäre Symptome auswirken und die Genesung sowie das Wohlbefinden unterstützen können (Akwa GGZ, 2017c; Adams und Stickley, 2019). In der S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen wird eine neutrale Empfehlung für Künstlerische Therapien im Rahmen der Postakutbehandlung ausgesprochen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; „Kann“ Empfehlungen 3.8.3.21 und 3.8.3.22).

Bei der systematischen Literaturrecherche konnten keine systematischen Reviews von RCTs oder einzelne RCTs zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien in der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht identifiziert werden. Die Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen und der S3-Leitlinie Schizophrenie können aus Sicht der Expert*innengruppe auch auf die Behandlung von Betroffenen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht übertragen werden. Als Besonderheiten in der Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose können der Umgang mit Sucht-Trigger und Suchtdruck und das Erlernen abstinenzbezogener Fähigkeiten und Copingstrategien gelten: so können künstlerische Ausdrucksformen einerseits als Trigger wirken - etwa wenn Musik Erinnerungen und emotionale Zustände hervorrufen, die mit früheren Substanzkonsum assoziiert sind; andererseits können sie therapeutisch genutzt werden, um emotionale Prozesse zu bearbeiten und neue, gesunde Reiz-Reaktionsmuster zu etablieren. Ferner können im

geschützten Rahmen künstlerisch-therapeutischer Settings - wie etwa in der Dramatherapie - emotionale Themen exploriert und neue abstinenzbezogene Fähigkeiten gezielt trainiert werden (Me-granahan & Lynskey, 2018).

Im Bereich der Doppeldiagnosen besteht ein Forschungsdefizit. Benötigt werden qualitativ hochwertige Studien, in denen die Besonderheiten und die Wirksamkeit künstlerisch-therapeutischer Interventionen in der Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose untersucht werden.

6.8 Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze

Sport- und Bewegungstherapien kommen als adjuvante Verfahren in der Behandlung von Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen zum Einsatz. Ihre positiven Wirkungen sind wissenschaftlich belegt und sie sind fester Bestandteil multimodaler Therapieprogramme im klinischen Alltag psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen (Hölter, 2011; Vancampfort et al., 2025). Grundlegende Informationen zu Definitionen, Wirkmechanismen und therapeutischen Effekten sport- und bewegungstherapeutischer Maßnahmen finden sich im aktuellen Meta-Review von Vancampfort et al. (2025) und in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2025a; Kapitel 12.2, S. 439 ff).

Bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenien ist Sport- und Bewegungstherapie zwischenzeitlich als nicht-pharmakologische Zusatztherapie anerkannt (Gallardo-Gómez et al., 2023); zudem zeigt sich in den letzten Jahren eine zunehmende Forschungsaktivität (Ziebart et al., 2022). Beispielsweise fanden sich in einer systematischen Übersichtsarbeit günstige Effekte von Ausdauertraining auf die Negativsymptomatik bei der Schizophrenie (Bredin et al., 2022). Entsprechende bewegungsbasierte Interventionen sind in die Guidance der European Psychiatric Association (EPA) für Lebensstil-bezogene Interventionen bei der Schizophrenie eingeflossen (Maurus et al., 2024). Die S3-Leitlinie Schizophrenie gibt eine starke Empfehlung für Bewegungsinterventionen *“präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts“* (DGPPN, 2025b, Empfehlung 80). In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen gibt es zudem eine äquivalente Empfehlung (DGPPN, 2025a; Empfehlung 42).

Bei Substanzkonsumstörungen werden auch günstige Effekte von Sport- und Bewegungstherapien berichtet. Ein aktuelles systematisches Review und Meta-Analyse von 17 RCTs ergab bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit eindeutig günstige Effekte auf das Ausmaß des Konsums sowie auf begleitende Angst- und depressive Symptome, das Stresserleben und allgemein die körperliche und mentale Gesundheit (Li et al., 2024). In der S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen wurden auf Grundlage von drei RCTs Methoden der Sporttherapie (Trainingstherapie, körperliche Konditionierung) unterstützend zur Linderung von Entzugserscheinungen und Stabilisierung der Abstinenz empfohlen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, & DGPPN, 2016; Empfehlung 5-19; starke Empfehlung).

Speziell für Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung konnte bei der systematischen Literaturrecherche keine Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von sport- und bewegungstherapeutischen Interventionen identifiziert werden. Aus Expert*innensicht darf davon ausgegangen werden, dass diese Interventionen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans auch bei den Menschen mit Doppeldiagnose als unterstützende Therapien wirksam und indiziert sind. Gleichwohl besteht hier ein Forschungsdefizit. Benötigt werden qualitativ hochwertige Studien,

die die Wirkungen sport- und bewegungstherapeutischer Interventionen gezielt bei der Zielgruppe untersuchen und dabei die psychotische Symptomatik und die suchtbetragenen Aspekte, aber auch somatische Outcomes und die Lebensqualität berücksichtigen.

6.9 Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie

Soziale Arbeit im Allgemeinen und Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug im Besonderen (Dettmers & Bischof, 2021) fokussiert die soziale Dimension belasteter Menschen in ihren sozialen Bezügen. Auf diesen Kontext bezogen sollen sozialarbeiterische Interventionen aus Expert*innensicht Menschen mit Psychose und komorbider Sucht sowie ihre Angehörigen und andere Bezugspersonen bei der Bewältigung belastender Lebenslagen und des Alltags unterstützen. Auf Basis eines ressourcenorientierten und systemischen Ansatzes werden Problemlagen ganzheitlich als dynamisches Zusammenspiel von subjektiven Erlebensmustern und der sozialen Lebenswelt betrachtet. Die Interventionen zielen auf Ebene der Person auf die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, die Befähigung zur Bewältigung von Problemlagen, kompetente Entscheidungsfindung und gesunde Lebensführung, die Klärung sozialrechtlicher Leistungsansprüche, den bedarfsgerechten Zugang zu institutionellen und informellen Unterstützungsangeboten und die Einbindung in soziale Netzwerke. Auf Ebene der Lebenswelt wollen sie Versorgungsmängel und Barrieren abbauen, um umfassende Teilhabe zu fördern. Diese mehrdimensionale Herangehensweise soll es ermöglichen, sowohl individuelle als auch sozialsystembezogene Faktoren von Gesundheit zu bearbeiten, um nachhaltige Veränderung sowohl des individuellen Lebensstils als auch Veränderungen der konkreten Lebenssituation zu ermöglichen.

Zu den sozialarbeiterischen Interventionen, die in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen und damit auch in der Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und substanzbezogener Störung zur Anwendung kommen, zählen insbesondere:

- Soziale Diagnostik und Bedarfsermittlung: Die Erfassung und Bewertung individueller psychosozialer, sozialer und wirtschaftlicher Problemlagen bildet die Grundlage für die Entwicklung passgenauer Hilfestellungen.
- Psychosoziale Beratung: dient der Befähigung zur selbstbestimmten Gestaltung von Lebens-, Beziehungs-, Arbeits- und Alltagssituationen. Gemeinsam mit den Menschen mit Psychose und komorbider Sucht und ihren Angehörigen und anderen Bezugspersonen werden tragfähige Lösungswege entwickelt. Ziel ist es, das Problemverständnis zu fördern, eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln und Selbsthilfepotenziale zu aktivieren.
- Begleitung von Recoveryprozessen: Eine längerfristige, teils lebenslange Begleitung umfasst eine dauerhafte Ansprechbarkeit als Option für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld bei wiederauftretenden Krisen oder Beratungsbedarfen. Auch können Weitervermittlung in andere oder weiterführende Dienste vorgenommen werden. Ziel ist eine Stabilisierung der Person in ihrem jeweiligen Lebensumfeld.
- Sozialrechtliche Beratung: umfasst die Information und Beratung zu Leistungen und Anbietern im Gesundheits- und Sozialwesen (z. B. zu Rehabilitation, Nachsorge, Eingliederungshilfe) sowie die Unterstützung bei der Leistungerschließung und Antragstellung.
- Case Management: notwendige Hilfen werden sektorenübergreifend und unter Einbezug aller beteiligten Professionen und Institutionen fallbezogen koordiniert.
- Netzwerkarbeit: Förderung der Teilhabe durch Einbindung der Betroffenen in bestehende Netzwerke mit Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Schule oder Arbeit.

- Soziale Gruppenarbeit: Individuelle Beratung oder gruppenbasierte Interventionen, die je nach Ziel z. B. soziale Kompetenzen, gesunde Lebensweisen, den Umgang mit Belastungen oder die berufliche Orientierung fördern.
- Gemeinwesen- und Quartiersarbeit: befähigt Menschen, in einem bestimmten Lebensumfeld ihre Lebenssituation eigenständig zu verbessern. Dafür werden Zusammenarbeit und Selbstorganisation gefördert und soziale Netzwerke, Ressourcen und Partizipation gestärkt.
- Gremienarbeit und interprofessionelle Kooperation: Für die strukturelle Verbesserung von Lebensumständen und Versorgungsrealitäten identifiziert Soziale Arbeit Versorgungsmängel und initiiert lebensweltorientierte und inklusive Versorgungspfade durch Einbezug, Vernetzung und Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens.

33.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sozialarbeiterische Interventionen und Begleitung individuell angeboten werden.	
	Konsensstärke: 95,7 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

Bei der systematischen Literaturrecherche konnte keine Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen für Menschen mit der Komorbidität einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung identifiziert werden. Es wurde daher eine Empfehlung als Expert*innenkonsens formuliert. Die Frage sollte unter Berücksichtigung geeigneter Methoden Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

6.10 Selbsthilfe, Genesungsbegleitung

Selbsthilfe bedeutet gegenseitige Unterstützung durch Menschen mit ähnlichen Erfahrungen. In der Erfahrung von Betroffenen wird sie wirksam, wenn die Gruppe akzeptierend, niederschwellig erreichbar und thematisch passend ist. Besonders förderlich werden Gruppen mit Peer-Begleitung empfunden, also Begleitung durch Personen, die selbst über Erfahrungen mit psychischer Erkrankung verfügen, aber in stabiler psychischer Verfassung sind. Peer-Arbeit bezieht somit Menschen ein, die selbst von psychischen Erkrankungen betroffen sind, um andere durch ihren Erfahrungshintergrund zu unterstützen. Sie dient der Stärkung von Autonomie, Selbstwert und sozialen Netzwerken (DGPPN, 2025a). Solche Gruppen können erfahrungsgemäß Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeit und Hoffnung stärken. Nach aktuellem Forschungsstand sind die positiven Effekte von Peer-Support bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen insbesondere bei Parametern wie Hoffnung, Empowerment und Lebensqualität belegt. Bei klinischen Parametern wie Symptomatik und Behandlungszufriedenheit sind die Effekte uneinheitlich (DGPPN, 2025a). Obwohl Selbsthilfe als hilfreich gilt, ist ihre Wirksamkeit somit wissenschaftlich nur begrenzt belegt. Uneinheitliche Definitionen und vielfältige Anwendungsformen erschweren die Forschung. Zudem sind kontrollierte Studien stark erschwert, da Selbsthilfe nicht verordnet werden kann (Borgetto, 2007, S. 7). Für umfangreiche Hinweise allgemein zu den Vor-

zügen von Selbsthilfegruppen wird auf die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verwiesen (DGPPN, 2025a, S. 96ff). Generell gilt: Damit Selbsthilfe wirken kann, ist Motivation und eine regelmäßige Teilnahme des/der Betroffenen Voraussetzung.

34.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und deren Angehörigen und Zugehörigen sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen werden. Wenn verfügbar, sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe mit dem Schwerpunkt auf der Doppeldiagnose Psychose und Sucht empfohlen werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Für Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung wurden zwei potentiell relevante RCTs aus dem Review von Hunt et al. (2019) identifiziert. Die Studie von Bogenschutz et al. (2014) bezog sich auf eine Selbsthilfegruppe nach dem 12-Schritte-Programm, die zusammen mit einem Training Sozialer Fertigkeiten im Setting eines spezialisierten integrierten Behandlungsprogramms absolviert wurde. Die zweite Studie von Rosenblum et al. (2014) untersuchte den Verlauf nach Etablierung einer spezialisierten Selbsthilfegruppe für Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht („Double Trouble in Recovery“) im Rahmen eines ambulant rehabilitativen Programms. Beide Studien lieferten Hinweise auf günstige Effekte des Besuchs einer Selbsthilfegruppe, insbesondere bei regelmäßiger Teilnahme. Die dargestellten Settings bzw. Programme waren aber komplex und sie sind in Deutschland in dieser Form nicht verfügbar. Daher wurden die zwei Arbeiten nicht als Grundlage für eine Empfehlung berücksichtigt. Stattdessen wurde die Empfehlung 34 als Expert*innenkonsens formuliert.

Grundsätzlich existiert Selbsthilfe in unterschiedlichen Gruppenarten und Formaten:

- Klassische Suchtgruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker/Narcotics Anonymous) sind verbreitet, aber aus Expert*innensicht nicht immer geeignet für Menschen mit Doppeldiagnose, da insbesondere die wechselseitig bedingten Probleme oftmals nicht ausreichend berücksichtigt werden. Bisweilen können klassische Suchtgruppen auch ungeeignet sein, wenn eine kritische bzw. ablehnende Haltung bezüglich einer medikamentösen Behandlung herrscht (Bogenschutz et al., 2014; Kelly et al., 2020).
- Spezialisierte, sog. „Double-Trouble-Gruppen“ thematisieren Sucht und Psychose gemeinsam.
- Peer-Gruppen werden durch Erfahrungsexperten (Genesungsbegleitende) mitgestaltet und können dadurch Offenheit und Vertrauen im Austausch fördern.
- Weitere Formate können sog. „SMART Recovery Gruppen“ (Self-Management and Recovery Training), Recovery Colleges oder psychoedukative Gruppen mit Selbsthilfebezug sein.

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit der Doppeldiagnose einer Psychose und einer substanzbezogenen Störung von Selbsthilfe in Form des Besuchs einer Selbsthilfegruppe profitieren. Der Besuch *irgendeiner* Gruppe ist meist besser als gar keine Teilnahme. Die Betroffenen dürften aus Sicht der Leitliniengruppe vor allem dann profitieren, wenn andere Teilnehmende auch eine Doppeldiagnose

haben und in Behandlung sind, und die Gruppe generell beide Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen mitdenkt. Am erfolgversprechendsten erscheinen gezielt ausgerichtete, idealerweise von Peers (co-)geleitete Gruppen. Sie bieten sowohl den geschützten Rahmen der Fachbegleitung als auch das wichtige Gemeinschaftsgefühl der Selbsthilfe, sind aber in Deutschland bisher selten.

Aus Expert*innensicht ist es ratsam, dass Therapeut*innen neutral über Gruppen informieren und zur Teilnahme ermutigen, Vorurteile und Ängste offen ansprechen, passende Gruppen in der Region vorschlagen und nach Möglichkeit erste Schritte in die Selbsthilfe begleiten. Hilfreich wäre zudem, sich aktiv dafür einzusetzen, dass spezialisierte Gruppen in der eigenen Institution oder Region angeboten werden. Kliniken, die zahlreiche Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht behandeln, haben eine besondere Verantwortung in Bezug auf die Förderung eines solchen Angebotes. Zudem wäre es wichtig, die Wirksamkeit der Selbsthilfe mit spezialisierten Gruppen zu erforschen.

6.11 Komplexe Therapieprogramme

In den Kapiteln 6.1 bis 6.4 wurde die wissenschaftliche Evidenz für einzelne psychotherapeutische Verfahren dargestellt und es wurden entsprechend Empfehlungen formuliert. Aus Sicht der Leitliniengruppe kann es in der Behandlung von Menschen mit Psychose und Sucht sinnvoll sein, sich nicht auf einzelne Interventionen zu beschränken, sondern im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mehrere therapeutische Elemente zu kombinieren.

35.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten komplexe Therapieprogramme mit mehreren Therapieelementen angeboten und individuell auf die Betroffenen angepasst werden. Die Gesamtdauer sollte mindestens sechs Monate betragen und die einzelnen Therapieelemente sollten stadiengerecht aufeinander folgen und wenn möglich auch Angehörige einbeziehen.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hjorthøj, C. R., Orlovská, S., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2013). Psychiatric treatment following participation in the CapOpus randomized trial for patients with comorbid cannabis use disorder and psychosis. <i>Schizophrenia research</i> , 151(1-3), 191–196.	
Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Lebensqualität niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen		

niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Kumulative stationäre Verweildauer niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung: Ambulante Behandlung und Medikation niedrig ⊕⊕⊖⊖	Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> , 114(2), 109–117.
Klinischer Outcome F1: Cannabiskonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Klinischer Outcome F2/SMI: Psychopathologie niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Soziales Funktionsniveau niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Rückfall moderat ⊕⊕⊕⊖	Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. <i>The American journal of psychiatry</i> , 158(10), 1706–1713.
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖	
Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) moderat ⊕⊕⊕⊖	
Allgemeines Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖	
Soziales Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 18, 19 und 20 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 85 %, Konsens (17 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)

Durch eine Handsuche in den Reviews von Hunt et al. (2019), McLoughlin et al. (2014) und Siddiqui et al. (2024) konnten drei RCTs identifiziert werden, bei denen eine komplexe Intervention mit mindestens drei verschiedenen psychotherapeutischen Elementen mit einer Kontrollbedingung verglichen wurde. Diese Studien waren Barrowclough et al. (2001), Hiorthoj et al. (2013) und Edwards et al. (2006).

Beim RCT von Barrowclough et al. (2001) wurden die Effekte einer komplexen Intervention mit einer Dauer von neun Monaten untersucht. Es war eine kleine Studie mit 36 Teilnehmenden mit Psychose (Schizophrenie oder Schizoaffective Störung) und Substanzkonsumstörung, die im ambulanten Setting durchgeführt wurde. Die Intervention umfasste neben der Routinebehandlung MI und KVT sowie Therapiesitzungen mit den Angehörigen und mit Dyaden von Betroffenen und Angehörigen. Die „Behandlungsdosis“ betrug 29 Einzelsitzungen und 10-16 Familiensitzungen. Die einzelnen Elemente der Behandlung folgten aufeinander, indem mit der MI begonnen wurde und danach die individuelle KVT sowie zuletzt die Familienintervention folgte. Die Sitzungen fanden überwiegend in der Häuslichkeit der Teilnehmenden statt, es sei denn, diese wollten lieber die Therapie in der ambulanten Behandlungseinrichtung erhalten. Die Kontrollbedingung entsprach der üblichen ambulanten Routineversorgung in Großbritannien im Rahmen des National Health Systems (NHS). Primärer Outcome war das globale Funktionsniveau. Weitere Outcomes umfassten Konsummerkmale, psychiatrische Symptomatik, Adhärenz mit der medikamentösen Behandlung und Rückfallraten sowie Krankenhausaufnahmen. Sie wurden zu Beginn und zum Zeitpunkt der Beendigung der Intervention sowie drei Monate später, d.h. 12 Monate nach Beginn der Studie, bestimmt. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten zum Zeitpunkt der Beendigung der Intervention und drei Monate später eine deutlich stärkere Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus. Weitere Vorteile des Programms waren ein größerer Anteil von Tagen ohne Drogen- oder Alkoholkonsum über den Zeitraum von 12 Monaten, eine Reduktion von PANSS-Positivsymptomen (Gruppenunterschied als Trend nach neun Monaten und signifikant nach zwölf Monaten) und PANSS-Negativsymptomen (Gruppenunterschied signifikant nach neun, aber nicht mehr nach zwölf Monaten) und eine geringere Rate Akutexazerbationen der psychotischen Erkrankung.

Auf den RCT von Hjorthoj (2013) wurde bereits im Kapitel 1 eingegangen. Die Studie wurde im ambulanten Setting durchgeführt und es nahmen 103 Personen mit Psychose und Cannabiskonsumstörung teil. Die Kontrollbedingung (TAU) enthielt neben der antipsychotischen Medikation und einem Fallmanagement in den meisten Fällen auch eine nicht manualisierte Therapie mit kognitiv behavioralen Elementen mit dem Fokus auf psychotische Symptome. Die Interventionsgruppe (CapOpus Intervention) erhielt zusätzlich eine komplexe Intervention über sechs Monate mit anfänglich ein- bis zweimal wöchentlichen, später wöchentlichen Sitzungen mit MI und KVT mit Fokus auf den Cannabiskonsum. Zu Beginn wurde die MI zur Stärkung der therapeutischen Allianz und Motivation zur Reduktion des Konsums eingesetzt, und später erfolgte der Übergang zur KVT, sobald die Patient*innen eine ausreichende Motivation aufgebaut hatten, ihren Cannabiskonsum zu reduzieren. Der Schwerpunkt der KVT lag auf der Analyse der Vor- und Nachteile der Fortsetzung des Konsums und auf Anleitungen zur Entwicklung persönlicher Strategien im Umgang mit Situationen, die Suchtdruck triggerten. Wenn die Motivation nachließ oder es zu Rückfällen mit Cannabiskonsum kam, wurde erneut MI eingesetzt. Im Rahmen der Intervention bestand auch das Angebot der Einbeziehung der Familie in die Therapiesitzungen, wovon ca. 25 % der Teilnehmenden Gebrauch machten. Die Sitzungen fanden in der Behandlungseinrichtung oder in der Häuslichkeit der Teilnehmenden statt. Ferner enthielt die CapOpus Intervention aufsuchende Elemente und ein Case Management mit geringer Fallbelastung (Fallaufkommen mit 1:10 geplant, in der Regel mit 1:6 bis 1:7 realisiert). Der aufsuchende Ansatz mit Hausbesuchen hatte einen hohen Stellenwert, weil man sich davon eine bessere Haltequote versprach. Auch wurden regelmäßige Treffen mit den Fallmanagern und den Familien angestrebt. Schließlich gehörten wöchentliche Gruppensitzungen zum Therapieangebot, diese wurden jedoch seitens der Betroffenen nicht in An-

spruch genommen, da die Einzeltherapie immer präferiert wurde. Die Follow-Up Untersuchungen erfolgten bei Beendigung der Intervention und erneut vier Monate später, d.h. 10 Monate nach Beginn der Intervention. Primärer Outcome war die Häufigkeit des Cannabiskonsums (Tage pro Monat). Als Outcomes wurden Positiv- und Negativsymptome der Psychose, das globale Funktionsniveau, kognitive Leistungen, Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung untersucht. Bezüglich des primären Outcomes (Häufigkeit des Cannabiskonsums) konnte kein Gruppenunterschied festgestellt werden. Dennoch sank der Konsum in der Interventionsgruppe von 46,4 Joints pro Monat vor der Randomisierung (95 % KI 36,4 bis 56,3) auf 27,3 Joints (95 % KI 12,6 bis 41,9) bis zum Ende der Intervention, während er in der TAU Gruppe mit 48,2 Joints pro Monat unverändert blieb (95 % KI 31,8 bis 64,6). Der Gruppenunterschied verfehlte knapp das Signifikanzniveau ($p = 0,06$). Bei der Nachuntersuchung vier Monate nach Beendigung der Intervention zeigte sich numerisch weiterhin ein deutlicher Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe (28,4 (95 % KI 13,5 bis 43,2) vs. 41,6 Joints (95 % KI 25,2 bis 58,0)), der Gruppenunterschied war aber nicht signifikant ($p = 0,23$). Die Interventionsgruppe war signifikant zufriedener mit der Behandlung, ansonsten zeigten sich keine weiteren Vorteile gegenüber der Kontrollgruppe. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass die CapOpus Intervention keinen Einfluss auf die Frequenz, aber "möglicherweise" einen günstigen Einfluss auf das Ausmaß des Cannabiskonsums hatte. Mehrere Subgruppenanalysen deuteten auf Vorteile der Intervention hin, so dass die Autor*innen weitere Studien empfahlen, um zu klären welche Patient*innengruppen von einer Intervention wie CapOpus profitieren können.

Auf den RCT von Edwards et al. (2006) wurde auch bereits im Kapitel 1 eingegangen. In dieser Studie wurden die Effekte einer komplexen, aber im Vergleich zu den anderen zwei Studien sehr kompakten Intervention mit einer Dauer von drei Monaten untersucht. An der Studie nahmen 47 junge Patient*innen (durchschnittliches Alter 21 Jahre) mit erstmanifester Psychose (breite Definition mit Einbeziehung von Schizophrenie, Schizoaffectiver Störung, Bipolarer Störung und anderer Erkrankungen mit psychotischen Symptomen) und Cannabiskonsumstörung teil. Die Studie wurde im Review von McLoughlin et al. (2014) identifiziert, dort war sie als einzige Studie in der zweiten Analyse inkludiert worden (begleitende "psychologische Therapien" mit spezifischem Fokus auf den Zusammenhang zwischen Cannabis and Psychose gegen eine „unspezifische“ Psychoedukation). Die "unspezifische" Psychoedukation der Kontrollbedingung behandelte in durchschnittlich acht Sitzungen ausschließlich Themen um die Psychose (Symptome, medikamentöse Behandlung, Rückfallprävention; keine Inhalte zum Cannabiskonsum). Die Intervention CAP ("Cannabis and Psychosis Therapy") umfasste ebenfalls acht Einzelsitzungen und umfasste Psychoedukation zu den Zusammenhängen zwischen Cannabiskonsum und Psychose, motivierende Gesprächsführung und kognitiv-behaviorale Elemente mit Fokus auf Zielsetzungen und Rückfallprävention. Das Programm wurde von qualifizierten Therapeut*innen durchgeführt. Die Follow-Up Untersuchungen erfolgten bei der Beendigung der Behandlung und sechs Monate später, d.h. neun Monate nach Beginn der Intervention. Neben der Häufigkeit des Cannabiskonsums und der Schwere der Abhängigkeit wurden psychopathologische Symptome und das soziale und berufliche Funktionsniveau als Outcomes untersucht (BPRS, BDI, SANS, KAPQ, SOFAS). Der Cannabiskonsum nahm in beiden Gruppen im Verlauf ab. Weder bei der Beendigung der Intervention noch bei der Follow-Up Untersuchung nach sechs Monaten zeigten sich Vorteile der spezifischen und deutlich komplexeren Intervention weder hinsichtlich des Cannabiskonsums noch hinsichtlich psychopathologischer Symptome und des Funktionsniveaus

In der Zusammenschau war die komplexe, aber kurze und kompakte Intervention mit acht Sitzungen über drei Monate in der Studie von Edwards et al. (2006) nicht wirksam. Die Intervention in der Studie

von Hjorthoj et al. (2013) über sechs Monate und mit stadiengerechter Aufeinanderfolge und individueller Anpassung der einzelnen Therapieelemente hatte zumindest tendenziell und vorübergehend günstige Effekte auf das Ausmaß des Substanzkonsums. Die längste und intensivste Intervention in der Studie von Barrowclough et al. (2001) mit ca. 40 bis 45 Einzel- und Familiensitzungen und einer Gesamtdauer von neun Monaten zeigte die besten und statistisch signifikante Ergebnisse in Bezug auf den Substanzkonsum sowie die psychopathologischen Symptome und das Funktionsniveau. Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass komplexe Behandlungsprogramme mit motivierenden, psychoedukativen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und familientherapeutischen Elementen erfolgversprechend sind, dass sie aber eine gewisse „Gesamtdosis“ an Sitzungen und ausreichend Zeit benötigen. Eine Verdichtung der Inhalte auf wenige Sitzungen in relativ kurzer Zeit scheint nicht sinnvoll zu sein. Wichtig erscheinen schließlich die individuelle Anpassung und Berücksichtigung des jeweiligen Motivationsstadiums der Patient*innen bei der Durchführung der einzelnen Interventionen (vgl. auch Kapitel 6.2, Motivationale Interventionen).

Insgesamt entspricht diese Zusammenfassung der Ergebnisse der drei Studien auch der Einschätzung der Expert*innen. Die wissenschaftliche Evidenz ist jedoch mit drei RCTs, wovon zwei jeweils weniger als 50 Patient*innen einschlossen, schmal, so dass hier nur eine schwache Empfehlung formuliert wurde. Aus Sicht der Leitliniengruppe ist die Frage nach der optimalen „Dosis“, Dauer und Zusammensetzung komplexer Interventionen für Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sehr wichtig und sie kann auf Basis der vorliegenden begrenzten Evidenz nicht sicher beantwortet werden. So lautet die Empfehlung, dass die Gesamtdauer mindestens sechs Monate betragen und wenn möglich auch Angehörige einbeziehen sollte. In diesem Bereich sieht die Leitliniengruppe einen wichtigen Forschungsbedarf.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 35)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit Schizophrenie und Cannabiskonsum durch ein komplexes Therapieprogramm hinsichtlich des Substanzkonsums und der stationären Verweildauer profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen auf RCT mit sehr wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit Psychose und Sucht sowie der Angehörigen eine hohe Zustimmung zu komplexen Therapieprogrammen zu erwarten ist.	
Ressourcen:	Nicht festgelegt
Komplexe Therapieprogramme können umgesetzt werden. Die Ressourcen können je nach Standort variieren. Es ist kurzfristig mit einem höheren Ressourcenverbrauch und höheren Kosten zu rechnen (klinische Erfahrung), langfristig könnte dies aber durch einen günstigeren Verlauf ausgeglichen werden.	

6.12 Internet-/ Technologiebasierte Therapien

Die Bedeutung von E-Mental-Health-Interventionen (EMH) bei der Behandlung psychischer Störungen wächst zunehmend. Im Bereich der ambulanten Behandlung von Menschen mit Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, posttraumatischem Stress oder arbeitsbedingtem Stress gilt die Wirksamkeit von EMH-Interventionen als gesichert (Diel et al. 2024). Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind EMH-Interventionen weniger verbreitet. Jedoch zeigen zwei Meta-Analysen mit insgesamt etwa 7.000 Cannabiskonsumt*innen, dass technologiebasierte psychotherapeutische Interventionen die Häufigkeit des Cannabiskonsums wirksam verringern können (Tatar et al., 2020). Die S3-Leitlinie Cannabisbezogene Störungen spricht eine Empfehlung für digitale Formen bewährter Interventionen wie MI oder KVT (DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025, Empfehlung 2.4.2 - schwache Empfehlung), sowie für das Online-Programm „Quit the Shit“ aus (Empfehlung 3.5.1 – Empfehlung auf Expert*innenkonsens), welches auf den Seiten des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) angeboten wird (DGKJP, DGPPN & DG-Sucht, 2025).

EMH-Interventionen wurden in den letzten Jahren auch in der Behandlung von Menschen mit Psychose eingesetzt. Eine aktuelle NICE-Guideline aus dem Jahr 2024 empfiehlt das Angebot dreier verschiedener online Interventionen, die auf Basis kognitiv-behavioraler Ansätze und mit therapeutischer Begleitung den Patient*innen helfen sollen, mit Positivsymptomen der Psychose umzugehen und drohende Rückfälle frühzeitig zu erkennen (NICE, 2024). In der S3-Leitlinie Schizophrenie wird auch eine Empfehlung für EMH-Interventionen im Sinne der NICE-Guideline als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes ausgesprochen (DGPPN, 2025b, Kapitel 9.4, Empfehlung 63 - schwache Empfehlung). Allerdings ist in Deutschland (noch) keine digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für die Indikation Schizophrenie zugelassen.

Schließlich wurde in den letzten Jahren der Einsatz von EMH-Interventionen bei Menschen mit Psychose und Substanzkonsumstörungen in wenigen Studien untersucht, wobei Art und Zielsetzung der einzelnen Interventionen stark variierte.

36.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht können im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans therapeutisch begleitete, wissenschaftlich evaluierte Internet- oder technologiebasierte Therapieelemente (kognitives Training, Psychoedukation, motivierende Interventionen) angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nicht via GRADE bewertet	Tatar, O., Bastien, G., Abdel-Baki, A., Huynh, C., & Jutras-Aswad, D. (2020). A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis. <i>Psychiatry research</i> , 288, 112940.	
	Konsensstärke: 82,4 %, Konsens (14 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)	

Tatar et al. (2020) schloss in einem systematischen Review acht Publikationen zu vier RCTs ein, darunter zwei Studien aus den USA (DeMarce et al., 2008; Eack et al., 2015, 2016), eine Studie aus Australien (Nagel et al., 2009; Nagel et al., 2008; Nagel & Thompson, 2010) und eine Studie aus dem Vereinigten Königreich (Johnson et al., 2019; Sheridan Rains et al., 2019). Die Internet- und/oder technologiebasierten Therapieelemente waren unterschiedlicher Art und sie gehörten bei den einzelnen Studien teilweise zur Intervention und teilweise zur Kontrollbedingung. Daher wurde keine Zusammenfassung der Outcomes nah GRADE vorgenommen, folgend werden die einzelnen Studien aus dem systematischen Review Tatar et al. (2020) beschrieben.

Auf den RCT von Eack et al. (2015, 2016) mit 31 Teilnehmenden mit Psychose (Schizophrenie oder Schizoaffective Störung) und Alkohol- oder Cannabiskonsumstörung wurde bereits im Kapitel 6.5 (Kognitive Remediation) eingegangen. Neben der Routineversorgung wurde im ambulanten Setting ein umfangreiches Programm der CET mit einer Gesamtdauer von 18 Monaten eingesetzt. Dieses enthielt 60 Stunden computergestützten Trainings in Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Problemlösung und wurde in Patient*innenpaaren durchgeführt, um Kommunikation und gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen. Zusätzlich enthielt die Intervention 45 Gruppentrainingssitzungen in sozialer Kognition mit eingestreuten psychoedukativen Inhalten zum Substanzkonsum. Somit war die CET-Intervention komplex und sie enthielt Elemente zur Unterstützung eines Alltagstransfers. Die Kontrollbedingung bestand ausschließlich aus der Routineversorgung. Als Outcomes wurden alle sechs Monate Drop-Outs, Substanzkonsum (ausschließlich Selbstauskunft der Teilnehmenden über Timeline Follow-Back-Interviews), neurokognitive und sozial-kognitive Leistungen sowie Krankheitssymptome untersucht. Im Verlauf zeigten sich in der CET-Gruppe deutliche Verbesserungen von kognitiven Leistungen, sozialer Kognition und globalem Funktionsniveau. Zusätzlich kam es in der CET-Gruppe zu einer stärkeren Reduktion des Alkoholkonsums (OR = 22, 95 % KI 0,05 bis 0,90, $p = 0,036$), aber nicht des Cannabiskonsums. Verbesserungen der kognitiven Leistungen waren mit einer stärkeren Reduktion des Alkohol- und des Cannabiskonsums assoziiert.

Der RCT von DeMarce et al. (2008) untersuchte die Wirksamkeit einer Adhärenz-unterstützenden Intervention (contracting, prompting and reinforcing, CPR) auf Haltequote und Konsumverhalten in der ambulanten Nachsorge nach einer stationären Suchttherapie. Etwas mehr als die Hälfte der 150 Teilnehmenden hatte neben der Konsumstörung eine komorbide Achse I oder II Störung, darunter waren 23 Personen mit Schizophrenie oder Bipolarer Störung. Im Rahmen der Kontrollintervention wurde neben TAU zweimalig ein Video von 20 Minuten Dauer mit motivationsfördernden Inhalten angeboten. Nach drei und sechs Monaten waren die Abstinenzraten der Interventions- und der Kontrollgruppe ähnlich. Nach 12 Monaten war die Abstinenzrate in der Kontrollgruppe niedriger (TAU: 21,2 %, CPR: 50,0 %; $p = 0,01$).

Die randomisierte, kontrollierte Studie von Nagel et al. (2009) untersuchte die Wirksamkeit einer Kurzintervention mit motivierenden und KVT-Elementen (motivational care planning, MCP) im Vergleich zu TAU bei 49 Menschen mit Psychose und Cannabis- und/oder Alkoholkonsumstörung in einer indigenen Population in Nordaustralien. Die MCP-Intervention enthielt zwei Einzelsitzungen mit Elementen aus MI, Problemlösetraining, Unterstützung zum Selbstmanagement und zusätzlich kurze Videos mit psychoedukativen Inhalten, z. B. zum Thema soziale Unterstützung. Die Sitzungen wurden gemeinsam mit Familie oder Personen aus dem unterstützenden sozialen Umfeld der Betroffenen und mit Gemeindef Helfern (Aboriginal Mental Health workers, AMHWs) durchgeführt. Die Therapie hatte

insgesamt eine deutliche Familienorientierung. Bei der Follow-Up Untersuchung nach sechs Monaten zeigte sich tendenziell ein Vorteil der MCP-Gruppe hinsichtlich der Schwere der Cannabisabhängigkeit (Selbsteinschätzung auf der Severity of Dependence Scale (SDS); Koeffizient = - 0,98, 95 % KI -2,02, 0,057; $p = 0,064$) sowie der Alkoholabhängigkeit (SDS Koeffizient -0,91, 95 % KI -1,82 bis 0,0009). Welche Bedeutung dabei den Videos zukam, muss offenbleiben. Die Nutzbarkeit dieser Befunde für die vorliegende Leitlinie ist eingeschränkt, da die Intervention kulturell der indigenen australischen Bevölkerungsgruppe angepasst wurde und fast die Hälfte ($n = 22$) der 49 Studienteilnehmer*innen eine Unipolare Depression aufwiesen (Schizophrenie $n = 19$, Schizoaffektive Störung $n = 1$, Substanzinduzierte Psychose $n = 1$, Bipolare Affektive Störung $n = 3$). Die weiteren zwei Publikationen der Arbeitsgruppe (Nagel et al. 2008; Nagel und Thompson 2010) beschreiben die Studienpopulation bei der baseline und die qualitativen Ergebnisse von Befragungen der AMHWs.

Auf das RCT von Johnson et al. (2019) wurde bereits im Kapitel 6.3.2 (Kontingenzmanagement) eingegangen. Es war ein großer Multicenter RCT mit 551 jungen, cannabis-konsumierenden Patient*innen mit Psychose aus Frühinterventionszentren in Großbritannien. Die psychotischen Störungen umfassten Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Bipolare Störung und Depression mit psychotischen Symptomen. Etwa zwei Drittel der Patient*innen waren abhängig von Cannabis. Die Intervention bestand aus CM mit systematischer Belohnung von Abstinenz durch finanzielle Zuwendungen (Vouchers) über eine Gesamtdauer von drei Monaten mit wöchentlichen Terminen. Zusätzlich erhielten die Patient*innen ein computerbasiertes Psychoedukationstraining über Themen zum Cannabiskonsum mit sechs Modulen á 30 Minuten. Die Kontrollbedingung enthielt die gleiche Psychoedukation neben TAU. Primärer Outcome war die Zeit bis zum Rückfall (time to relapse), operationalisiert als stationäre Aufnahme, es wurde nach 18 Monaten erhoben. Sekundäre Outcomes umfassten Abstinenzraten, Anteil an Tagen mit Konsum, weitere klinische Parameter und die Kosteneffektivität nach 3 Monaten und nach 18 Monaten (Johnson et al., 2019; Sheridan Rains et al., 2019). Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede beschrieben, allerdings waren die Drop-Out Raten hoch, so dass die Erfassung von sekundären Outcomes limitiert war.

In der Zusammenschau liegen nur wenige Studien vor und sie sind zudem sehr heterogen (Tatar et al. 2020, 2025), so dass es nicht möglich ist abzuschätzen, welchen Stellenwert online- und technologiebasierte Interventionen in der Behandlung von Menschen mit Psychose und Sucht haben bzw. künftig haben werden. Aus Sicht der Leitliniengruppe können Internet- und technologiebasierte Therapieelemente im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zusätzlich zu Face-to-Face Therapien angeboten werden; aufgrund der unsicheren Evidenz sollten sie aber nicht als Ersatz für Face-to-Face Therapien eingesetzt werden. Zudem ist die Leitliniengruppe der Meinung, dass die Nutzung online- und technologiebasierter Interventionen therapeutisch begleitet und ein regelmäßiges Monitoring der Adhärenz und Wirkungen erfolgen sollte. Schließlich sollten Internet- und technologiebasierten Therapieelemente mit geprüfter Qualität eingesetzt werden (siehe Verzeichnis für DIGAs des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (<https://diga.bfarm.de/de>)).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 36)

Nutzen und Schaden:	Kleinerer Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
Es gibt schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit Psychose und Substanzkonsumstörungen durch Internet- bzw. technologiebasierte Therapieelemente hinsichtlich der Cannabisabstinenz	

oder der Häufigkeit des Konsums profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein substantielles Schadensrisiko besteht nicht, unter der Voraussetzung, dass die Internet- bzw. technologiebasierten Therapieelemente im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans als Ergänzung zu Therapien Face-to-Face angeboten werden. Der Einsatz von internet- bzw. technologiebasierten Therapien als Ersatz für Therapien Face-to-Face und ohne therapeutische Begleitung könnte mit einer Verzögerung oder Vernachlässigung einer wirksamen Therapie einhergehen; damit würde ein Schadensrisiko bestehen.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz: Sehr niedrig

Angesichts der geringen Teilnehmendenzahl, der unterschiedlichen Interventionen und der Heterogenität des Studiendesigns sollten diese Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.

Wertvorstellungen und Präferenzen: Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Es ist davon auszugehen, dass seitens Menschen mit Psychose und Substanzkonsumstörungen sowie der Angehörigen eine hohe Variabilität hinsichtlich der Zustimmung zu Internet- und technologiebasierten Therapieelementen zu erwarten ist. Die Akzeptanz dieser Therapieelemente wird vermutlich stark abhängig sein einerseits von der technischen Ausstattung, der Affinität und Erfahrung im Umgang mit Technologien der Betroffenen, und andererseits von der Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan und der therapeutischen Begleitung.

Ressourcen: Nicht festgelegt

Internet- und technologiebasierte Therapieelemente können bislang nur begrenzt eingesetzt werden. Die Ressourcen (technische Ausstattung) können je nach Standort, sowohl in der Klinik/Praxis als auch bei Betroffenen, stark variieren. Außerdem sind mit einigen technischen Anwendungen Kosten verbunden.

6.13 Literaturverzeichnis

- Adams, C., & Stickley, T. (2019). Group art activities and arts therapies for people using substances: A rapid review of the literature. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 1, 47–59. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2019-01-05>
- Akwa GGZ. (2017a). *Zorgstandaard Psychose*. Verfügbar: www.akwaggz.nl (Zugriffsdatum 26.05.2025)
- Akwa GGZ. (2017b). *Zorgstandaard EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen)*. Verfügbar: www.akwaggz.nl (Zugriffsdatum 26.05.2025)
- Akwa GGZ. (2017c). *Zorgstandaard Alcohol Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Verfügbar: www.akwaggz.nl (Zugriffsdatum 26.05.2025)
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and

- substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1706–1713. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1706>
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J., & Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(13), 2749–2761. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000208>
- Bechdolf, A., Pohlmann, B., Güttgemanns, J., Geyer, C., Lindner, K., Ferber, C., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012). Motivationsbehandlung für Patienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht : Ergebnisse einer randomisierten Studie [State-dependent motivational interviewing for people with schizophrenia and substance use: results of a randomised controlled trial]. *Der Nervenarzt*, 83(7), 888–896. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3331-6>
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 426–432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>
- Bennett, M. E., Bellack, A. S., & Gearon, J. S. (2001). Treating substance abuse in schizophrenia. An initial report. *Journal of substance abuse treatment*, 20(2), 163–175. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00167-7](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00167-7)
- Bogenschutz, M. P., Rice, S. L., Tonigan, J. S., Vogel, H. S., Nowinski, J., Hume, D., & Arenella, P. B. (2014). 12-step facilitation for the dually diagnosed: A randomized clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.009>
- Boniface, S., Malet-Lambert, I., Coleman, R., Deluca, P., Donoghue, K., Drummond, C., & Khadjesari, Z. (2018). The Effect of Brief Interventions for Alcohol Among People with Comorbid Mental Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Trials and Narrative Synthesis. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 53(3), 282–293. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx111>
- Bonsack, C., Gibellini Manetti, S., Favrod, J., Montagrin, Y., Besson, J., Bovet, P., & Conus, P. (2011). Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(5), 287–297. <https://doi.org/10.1159/000323466>
- Borgetto, B. (2007). Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. *Public Health Forum*, 15(2), 6-8. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2007.03.004>
- Bouchard, M., Lecomte, T., Cloutier, B., Herrera-Roberge, J., & Potvin, S. (2022). Dropout Rates in Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 842329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842329>
- Bredin, S. S. D., Kaufman, K. L., Chow, M. I., Lang, D. J., Wu, N., Kim, D. D., & Warburton, D. E. R. (2022). Effects of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Psychiatric Symptom Severity and Related Health Measures in Adults Living With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 8, 753117. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.753117>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V. (BAG KT) (2025). *Berufsbild Künstlerischer Therapeut*innen*. Verfügbar: www.bagkt.de (Zugriffsdatum 26.05.2025)
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E., & Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health*

- technology assessment (Winchester, England), 19(56), 1–130.*
<https://doi.org/10.3310/hta19560>
- Crowe, M., Eggleston, K., Douglas, K., & Porter, R. J. (2021). Effects of psychotherapy on comorbid bipolar disorder and substance use disorder: A systematic review. *Bipolar disorders, 23(2)*, 141–151. <https://doi.org/10.1111/bdi.12971>
- D’Amelio, R., Behrendt, B. & Wobrock, T. (2007). Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- DeMarce, J.M., Lash, S.J., Stephens, R.S., Grambow, S.C., Burden, J.L., (2008) . Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addict Behav 33 (9), 1104-1112.*
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.02.008>
- Dettmers, J., & Bischkopf, J. (2021). *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2., aktualisierte Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht). (2025). S3-Leitlinie Behandlung cannabisbezogener Störungen. Version 2.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-005> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version 3.1. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Di Sarno, M., Madeddu, F., & Di Pierro, R. (2025). *Impact on AFMs: Relationship*. In G. Bischof, R. Velleman, J. Orford, A. Nadkarni, & M. Tiburcio (Eds.), *Families Affected by Addiction: A Handbook* (pp. 59-67). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Diel, A., Schröter, I. C., Frewer, A. L., Jansen, C., Robitzsch, A., Gradl-Dietsch, G., Teufel, M., & Bäuerle, A. (2024). A systematic review and meta analysis on digital mental health interventions in inpatient settings. *NPJ digital medicine, 7(1), 253.* <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01252-z>
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin, 26(1)*, 105–118. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia bulletin, 24(4)*, 589–608.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033351>
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,

- Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2016). S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen. Verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Bangalore, S. S., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2016). Patterns of Substance Use During Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study. *Journal of dual diagnosis*, 12(1), 74–82. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1145778>
- Eack, S. M., Hogarty, S. S., Greenwald, D. P., Litschge, M. Y., McKnight, S. A., Bangalore, S. S., Pogue-Geile, M. F., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2015). Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 478–483. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.017>
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00783.x>
- Fischer, E. P., McSweeney, J. C., Pyne, J. M., Williams, D. K., Naylor, A. J., Blow, F. C., & Owen, R. R. (2008). Influence of family involvement and substance use on sustained utilization of services for schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(8), 902–908. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.8.902>
- FVB. (2020). *Beroepscompetentieprofiel Vaktherapeut*. Verfügbar: <https://fvb.vaktherapie.nl/kwaliteit/beroepscompetentieprofiel> (Zugriffsdatum 16.06.2025)
- FVB. (2025). *Website Vaktherapie*. Verfügbar: <https://fvb.vaktherapie.nl/> (Zugriffsdatum 16.06.2025)
- Gallardo-Gómez, D., Noetel, M., Álvarez-Barbosa, F., Alfonso-Rosa, R. M., Ramos-Munell, J., del Pozo Cruz, B., & del Pozo-Cruz, J. (2023). *Exercise to treat psychopathology and other clinical outcomes in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis*. *European Psychiatry*, 66(1), e40. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.24>
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). KompAkt: Komorbidität Psychose und Abhängigkeit – Psycho-educatives Training. In: Gouzoulis-Mayfrank E. Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis - Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie, 2. erweiterte Auflage unter Mitarbeit von Schnell T. Darmstadt: Steinkopff, pp. 75-103.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community mental health journal*, 39(3), 189–202. <https://doi.org/10.1023/a:1023371705506>
- Graham, H. L., Copello, A., Griffith, J., & Maslin, J. (2004) C-BIT – Cognitive Behavioral Integrated Treatment - A Treatment Manual for Substance Misuse in People with Severe Mental Health Problems, Wiley & Sons
- Hammond, A., Batkis, M., Rostov, P., Yan, H., & Kidorf, M. (2022). Drug-Free Community Support in Inpatients with Co-occurring Psychiatric Disorders and Substance Use Problems. *Journal of dual diagnosis*, 18(4), 177–184. <https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2125605>
- Hjorthøj, C. R., Orlovská, S., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2013). Psychiatric treatment following participation in the CapOpus randomized trial for patients with comorbid cannabis use disorder and psychosis. *Schizophrenia research*, 151(1-3), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.014>

- Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 566–576. <https://doi.org/10.1097/00005053-199509000-00002>
- Johnson E. D. (2000). Differences among families coping with serious mental illness: a qualitative analysis. *The American journal of orthopsychiatry*, 70(1), 126–134. <https://doi.org/10.1037/h0087664>
- Johnson, S., Rains, L. S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Pilling, S., Marston, L., Omar, R. Z., Craig, M., Spencer, J., & Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 23(45), 1–108. <https://doi.org/10.3310/hta23450>
- Jones, S. H., Riste, L., Robinson, H., Holland, F., Peters, S., Hartwell, R., Berry, K., Fitzsimmons, M., Wilson, I., Hilton, C., Long, R., Bateman, L., Weymouth, E., Owen, R., Roberts, C., & Barrowclough, C. (2019). Feasibility and acceptability of integrated psychological therapy versus treatment as usual for people with bipolar disorder and co-morbid alcohol use: A single blind randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 256, 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.038>
- Karambelas, G. J., Folia, K., Byrne, L. K., Allott, K. A., Jayasinghe, A., & Cotton, S. M. (2022). A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders. *BMC psychiatry*, 22(1), 422. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04069-w>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Kemp, R., Harris, A., Vurel, E., & Sitharthan, T. (2007). Stop Using Stuff: trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 15(6), 490–493. <https://doi.org/10.1080/10398560701439665>
- Konrad, A. (2020). Recovery, Empowerment und soziale Unterstützung. In B. Kubny-Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie in der Psychiatrie* (S. 234-251). Stuttgart: Thieme.
- Landesverband Suchtselbsthilfe NRW ARWED e.V. (Hrsg.) (2022). *Erfahrungsweitergeber: Der Weg durch die Drogensucht unserer Kinder*. ARWED e.V. [PDF]. Verfügbar: <https://frageltern-eine-initiative-der-arwed-e-v.myshopify.com/products/kopie-von-erfahrungsweitergeber-der-weg-durch-die-drogensucht-unserer-kinder-manual> (Zugriffsdatum 22.10.2025)
- Li, J., Zhou, Z., Gao, G., & Zang, L. (2024). Effectiveness of exercise intervention in improving physical and mental status of patients with alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 19(10), e0311166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311166>

- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J., Russell, V., Waddington, J. L., & O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia research*, *143*(1), 138–142.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.018>
- Maurus, I., Wagner, S., Spaeth, J., Vogel, A., Muenz, S., Seitz, V., von Philipsborn, P., Solmi, M., Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Kurimay, T., Gerber, M., Correll, C. U., Gaebel, W., Möller, H. J., Schmitt, A., Hasan, A., & Falkai, P. (2024). EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *67*(1), e80.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1766>
- McDonell, M. G., Leickly, E., McPherson, S., Skalisky, J., Srebnik, D., Angelo, F., Vilardaga, R., Nepom, J. R., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2017). A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness. *The American journal of psychiatry*, *174*(4), 370–377.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050627>
- McDonell, M. G., Srebnik, D., Angelo, F., McPherson, S., Lowe, J. M., Sugar, A., Short, R. A., Roll, J. M., & Ries, R. K. (2013). Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. *The American journal of psychiatry*, *170*(1), 94–101. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11121831>
- McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(10), CD004837. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004837.pub3>
- Megranahan, K., & Lynskey, M. T. (2018). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, *57*, 50–58.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.10.005>
- Mihan, R., Mousavi, S. B., Khodaie Ardakani, M. R., Rezaei, H., Hosseinzadeh, S., Nazeri Astaneh, A., & Alikhani, R. (2023). Comparison of Caregivers' Burden among Family Members of Patients with Severe Mental Disorders and Patients with Substance Use Disorder. *Iranian journal of psychiatry*, *18*(2), 183–190. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12369>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch*. Lambertus-Verlag.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Clark, R. E., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., & Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia bulletin*, *39*(3), 658–672.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr203>
- Naeem, F., Kingdon, D., & Turkington, D. (2005). Cognitive behavior therapy for schizophrenia in patients with mild to moderate substance misuse problems. *Cognitive behaviour therapy*, *34*(4), 207–215. <https://doi.org/10.1080/16506070510010684>
- Nagel, T., Robinson, G., Condon, J., Trauer, T., (2009). Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: results of a mixed methods study. *Aust J Rural Health* *17* (4), 174-182. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01060.x>
- Nagel, T., Robinson, G., Trauer, T., Condon, J., (2008). An Approach to Treating Depressive and Psychotic Illness in Indigenous Communities. *Australian Journal of Primary Health* *14* (1). <https://doi.org/10.1071/py08003>

- Nagel, T., & Thompson, C., (2010). The central role of Aboriginal families in motivational counselling: family support and family ‘humbug’. *Australian Indigenous Health Bulletin* 10 (1).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people (CG120). Verfügbar: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109783/pdf/Bookshelf_NBK109783.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025); zuletzt aktualisiert: 07.05.2024.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early value assessment (HTE17). Verfügbar: <https://www.nice.org.uk/guidance/hte17> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine* (1982), 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3–27). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1
- Romm, K. L., Synnes, O., & Bondevik, H. (2023). Creative writing as a means to recover from early psychosis- Experiences from a group intervention. *Arts & health*, 15(3), 292–305. <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.2130379>
- Rosenblum, A., Matusow, H., Fong, C., Vogel, H., Uttaro, T., Moore, T. L., & Magura, S. (2014). Efficacy of dual focus mutual aid for persons with mental illness and substance misuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 78–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.011>
- Schnell, T. & Gouzoulis-Mayfrank, E., (2007). KomPASs: Komorbidität Psychose und Abhängigkeit: Skills Training. In: Gouzoulis-Mayfrank E. Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis - Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie, 2. erweiterte Auflage unter Mitarbeit von Schnell T. Darmstadt: Steinkopff, pp. 105-172.
- Schober, F., Wernz, F., & Batra, A. (2022). *Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen: Ein Therapiemanual für die Arbeit mit Suchtpatienten*. Kohlhammer Verlag.
- Sheridan Rains, L., Marston, L., Hinton, M., Marwaha, S., Craig, T., Fowler, D., King, M., Omar, R. Z., McCrone, P., Spencer, J., Taylor, J., Colman, S., Harder, C., Gilbert, E., Randhawa, A., Labuschagne, K., Jones, C., Stefanidou, T., Christoforou, M., Craig, M., ... Johnson, S. (2019). Clinical and cost-effectiveness of contingency management for cannabis use in early psychosis: the CIRCLE randomised clinical trial. *BMC medicine*, 17(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1395-5>
- Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. *Schizophrenia bulletin*, sbae101. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae101>
- Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of substance abuse treatment*, 46(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.09.006>

- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(8), 1627–1636. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002832>
- Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological medicine*, 45(13), 2839–2848. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000793>
- Süßmuth, D., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019). *Familientherapie bei Psychosen und Sucht – Menschen mit Doppeldiagnose und deren Angehörige wirksam behandeln, Ein Therapiemanual*. Kohlhammer
- Tatar, O., Bakouni, H., Abdel-Baki, A., & Jutras-Aswad, D. (2025). Technology-Based Psychotherapeutic Interventions for Decreasing Cannabis Use in People with Psychosis: A Systematic Review Update. *Cannabis and cannabinoid research*, 10(1), 11–17. <https://doi.org/10.1089/can.2024.0094>
- Tatar, O., Bastien, G., Abdel-Baki, A., Huynh, C., & Jutras-Aswad, D. (2020). A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis. *Psychiatry research*, 288, 112940. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112940>
- Van Horn, D. H., & Bux, D. A. (2001). A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of substance abuse treatment*, 20(2), 191–195. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(00\)00157-4](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(00)00157-4)
- Vancampfort, D., Firth, J., Stubbs, B., Schuch, F., Rosenbaum, S., Hallgren, M., Deenik, J., Ward, P. B., Mugisha, J., Van Damme, T., & Werneck, A. O. (2025). The efficacy, mechanisms and implementation of physical activity as an adjunctive treatment in mental disorders: a meta-review of outcomes, neurobiology and key determinants. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 24(2), 227–239. <https://doi.org/10.1002/wps.21314>
- Wang, W., Chau, A. K. C., Kong, P., Sun, X., & So, S. H. (2021). Efficacy of Motivational Interviewing in Treating Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 83(1), 21r13916. <https://doi.org/10.4088/JCP.21r13916>
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Jaffee, W. B., Bender, R. E., Graff, F. S., Gallop, R. J., & Fitzmaurice, G. M. (2009). A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 104(3), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.04.018>
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., Doreau, H. R., & Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *The American journal of psychiatry*, 164(1), 100–107. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.100>
- World Health Organization (WHO). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Ziebart, C., Bobos, P., MacDermid, J. C., Furtado, R., Sobczak, D. J., & Doering, M. (2022). The efficacy and safety of exercise and physical activity on psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 807140. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.807140>

- Ziedonis, D. M., & Fisher, W. (1996). Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia. *Directions in Psychiatry*, 16(1), 1–8
- Ziedonis, D. M., & Trudeau, K. (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia bulletin*, 23(2), 229–238. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.2.229>

7 Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen

7.1 Erregungszustände/Aggressivität

Bei Menschen mit der Komorbidität einer Suchterkrankung mit einer psychotischen Erkrankung kann es im Verlauf der komplexen Erkrankung zu Erregungszuständen sowie zu eigen- oder fremdaggressiven Handlungen kommen. Dabei spielen insbesondere auch akute Suchtmittelintoxikationen eine wichtige ursächliche Rolle. Untersuchungen zur Häufigkeit liegen nicht vor, sodass auch Vergleiche der Häufigkeit von Erregungszuständen in der Gruppe der komorbid Erkrankten mit der Häufigkeit in anderen Erkrankungsgruppen nicht vorgenommen werden können. Untersuchungen zu substanzspezifischen phänotypischen Ausprägungen liegen ebenfalls nicht vor.

Zur Einschätzung des Risikos des Auftretens von Erregungszuständen oder von eigen/fremdaggressivem Verhalten im klinisch-stationären Setting sind ausweislich einer systematischen Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse (Dickens et al., 2020) international zwei Skalen besonders gut untersucht: Für die Broset Violence Checklist ergab sich für die Vorhersage von gegen Personen gerichtete Aggression ein Hedges g Wert von 1,35 [95% Konfidenzintervall 1,15-1,56] und für alle Arten von Aggression von 1,24 [0,99-1,50]. Für die Checkliste „Dynamic Appraisal of Situational Aggression“ ergaben sich Hedges g Werte von 1,04 (0,69-1,39) und 0,88 (0,62-1,15). Hedges g-Werte > 0,8 wurden in der Meta-Analyse als Indikatoren für einen großen Effekt angesehen. Beide Skalen wurden von den Review-Autor*innen als im klinischen Alltag akzeptable Skalen eingeschätzt. Eine Übersichtsarbeit bezüglich der Broset-Gewalt-Checkliste zur Einschätzung des aktuellen Aggressionspotenzials in der Erwachsenenpsychiatrie stellte sieben Studien dar (Bell & Pallauf, 2018). Die Skala wurde von den Nutzenden (Pflegepersonal) gut angenommen, in einer Studie zeigten sich in der Interventionsgruppe signifikante Reduktionen der Gewaltvorfälle, wenn die Skala im klinischen Alltag angewendet wurde (RR 0,59; 95% Konfidenzintervall 0,41-0,83). Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ empfiehlt den Einsatz der beiden Vorhersageinstrumente für aggressives Verhalten (Broset Violence Checklist & Dynamic Appraisal of Situational Aggression) in der klinischen Diagnostik bei Risikopopulationen (DGPPN, 2018, Empfehlung S. 43). Studien zur Frage, ob der Einsatz dieser Instrumente speziell bei der Patient*innengruppe mit einer Komorbidität von Sucht und Psychose mit einer Reduktion von aggressiven Handlungen und Zwangsmaßnahmen einhergeht, liegen nicht vor; es ist jedoch anzunehmen, dass der Einsatz auch bei dieser Patient*innengruppe sinnvoll ist.

In der akuten Notfallsituation stehen sowohl pharmakologische als auch nicht-pharmakologische Therapieoptionen zur Verfügung. Zu allgemeinen Überlegungen zur Diagnostik und Behandlung aggressiver Erregungszustände (pharmakologische oder nicht-pharmakologische Therapie, Zwangsbehandlung) wird auf die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (derzeit in Überarbeitung) sowie auf eine aktuelle Übersichtsarbeit von Huhn et al. (2025) verwiesen. Neben der notfallmäßigen Akuttherapie wird in der Regel so rasch wie möglich eine Ursachenklärung für den akuten Erregungszustand erforderlich sein, die in erster Linie auf eigen- und fremdanamnestischen Angaben, der körperlichen Untersuchung sowie auf Laboruntersuchungen fußt. Auch in einer psychiatrischen Notfallsituation sind die Beachtung und der Ausschluss möglicher somatischer Ursachen wichtig (Huhn et al., 2025). Insbesondere bei Komorbidität von Sucht und Psychose ist die Frage differentialdiagnostisch von Bedeutung, ob es sich um eine akute Intoxikation, einen

Erregungszustand bei Substanzentzug, eine längerdauernde substanzinduzierte psychotische Störung oder um einen Erregungszustand im Rahmen der genuinen psychotischen Störung handelt.

37.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>1. EK ↑↑</p> <p>2. EK ↑</p> <p>3. EK ↑↑</p> <p>4. EK ↔</p> <p>5. EK ↑↑</p>	<p>Bei einem Erregungszustand mit psychotischen und/oder maniformen Symptomen und bei diagnostischer Unsicherheit (unmittelbare Substanzwirkung im Sinne einer Intoxikation vs. substanzinduzierte Psychose vs. Komorbidität Substanzkonsumstörung und Psychose) soll eine strukturierte Ursachenklärung erfolgen.</p> <p>Diese sollte Anamnese, körperliche Untersuchung, Drogenscreening, Fremdanamnese und klinische Verhaltensbeobachtung umfassen.</p> <p>Bis zum Abschluss der Ursachenklärung soll ein klinisches Management ohne Pharmakotherapie angestrebt werden (Verbringen in eine reizreduzierte Umgebung, klinische Überwachung möglichst mit personeller Konstanz, Versuch einer beruhigenden Gesprächsführung: „talking down“).</p> <p>Wenn dies nicht möglich ist oder sich nicht als erfolgreich erweist und der klinische Zustand ein weiteres Abwarten kritisch erscheinen lässt, kann eine medikamentöse Akutintervention mit einem Benzodiazepin und/oder einem Antipsychotikum eingesetzt werden</p> <p>Dabei sollen die möglichen Vorteile und Risiken einer Nicht-Medikation und einer Medikation gegeneinander abgewogen werden.</p>	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Die Therapieoptionen bei Erregungszuständen, Fremdaggressivität oder Eigengefährdung bei Personen mit substanzinduzierten psychischen Störungen (ICD-10: F1x.5) sowie bei Verläufen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien (F2) oder bipolar-affektiven Störungen (F30/F31) jeweils in Komorbidität mit Suchterkrankungen (F1) sind bislang nur unzureichend wissenschaftlich untersucht. Trotz der hohen klinischen Relevanz fehlen gezielte Studien, die sich spezifisch mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungsoptionen dieser Konstellationen befassen. Die vorhandene Evidenz stammt überwiegend aus Notfallsettings mit heterogenen Personenkollektiven, wodurch eine Ableitung differenzierter Empfehlungen für substanzinduzierte oder komorbide Fälle erschwert wird.

Bei einem Erregungszustand mit psychotischen und/oder maniformen Symptomen und bei diagnostischer Unsicherheit (unmittelbare Substanzwirkung im Sinne einer Intoxikation durch unbekanntes Substanz oder Substanzkombination, substanzinduzierte Psychose oder Erregungszustand im Rahmen der genuinen Psychose) soll zunächst eine strukturierte Ursachenklärung erfolgen. Diese sollte - so weit in der Notfallsituation möglich - Anamnese, körperliche Untersuchung, Drogenscreening, Fremdanamnese und klinische Verhaltensbeobachtung umfassen ggf. ergänzt durch weitere Laboruntersuchungen. Hierbei sind auch Erregungszustände im Rahmen von Entzugssyndromen/Delir in die differentialdiagnostischen Überlegungen einzubeziehen. Bis zum Abschluss dieser Ursachenklärung ist vorrangig ein nicht-medikamentöses Vorgehen anzustreben. Dazu zählen die Verbringung in eine reizreduzierte Umgebung, klinische Überwachung mit möglichst konstanter Bezugsperson sowie der Einsatz verbaler Deeskalationstechniken (z. B. "talking down"). Wenn diese Maßnahmen nicht möglich oder nicht erfolgreich sind und der klinische Zustand ein weiteres Abwarten nicht erlaubt, kann eine medikamentöse Akutintervention mit einem Benzodiazepin und/oder einem Antipsychotikum erfolgen. Dabei ist eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten, wie Alter, Geschlecht, körperlicher Verfassung, somatischen Komorbiditäten, Art der vermuteten psychotropen Substanz, und psychischem Gesamtzustand unerlässlich.

Bei der medikamentösen Behandlung akuter Erregungszustände sollten zudem bestehende themenspezifische Leitlinien - wie die S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (DGPPN, 2018), die S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK & DGPPN, 2016) sowie die S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie (DGPPN, 2019) – einbezogen werden, um eine leitliniengerechte und sichere Versorgung zu gewährleisten.

7.1.1 Pharmakologische Therapieoptionen

Die Mehrheit der Studien der letzten Jahre befasste sich mit der akuten medikamentösen Behandlung von Erregungszuständen im psychiatrischen und notfallmedizinischen Kontext, häufig im Zusammenhang mit substanzinduzierten Zuständen. Untersucht wurden dabei unter anderem Wirkstoffe wie Benzodiazepine, Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation, sowie Kombinationstherapien. Einzelne Studien zeigten positive Effekte spezifischer Substanzen bei substanzassoziierter Agitation (z. B. bei Methamphetaminintoxikation, siehe die folgende Darstellung), jedoch bleibt die Evidenzlage insgesamt begrenzt. Randomisierte kontrollierte Studien mit Fokus auf die oben genannte Zielgruppe fehlen nahezu vollständig.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Richards et al. (2015) befasste sich mit der Behandlung von Intoxikationen durch Amphetamine und verwandte Substanzen. Basierend auf 81 Studien mit 835 Teilnehmenden wurden Benzodiazepine und Antipsychotika als zentrale therapeutische Optionen zur Kontrolle von Agitation Erregungszuständen und Psychose identifiziert. Beta-Blocker wurden als effektiv zur Behandlung von arterieller Hypertonie und Tachykardie beschrieben bei allerdings niedrigem Evidenzniveau. In einer randomisierten, doppelblinden Studie von Martel et al. (2021) wurde die Wirksamkeit von Droperidol, Ziprasidon (10 mg und 20 mg) sowie Lorazepam bei akuter Agitiertheit in der Notaufnahme verglichen. Droperidol zeigte mit 64 % sedierter Personen nach 15 Minuten die höchste Wirksamkeit und wies im Vergleich die geringste Rate an Atemdepression auf. Die Studie unterstrich

die Überlegenheit von Droperidol gegenüber anderen Wirkstoffen in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit bei akuten Notfallsituationen. Nguyen et al. (2022) untersuchten die Wirksamkeit eines strukturierten Notaufnahmen-Protokolls zur Behandlung von methamphetamininduzierter Agitation und Psychose. Ziel war es, durch Standardisierung der Therapie den übermäßigen Einsatz von Benzodiazepinen und Antipsychotika zu reduzieren, Nebenwirkungen zu minimieren und die Behandlungsqualität zu verbessern. Das Protokoll sah je nach Schweregrad des Erregungszustandes eine gestufte Behandlung mit intramuskulärem Midazolam (5 mg) zur Sedierung und Olanzapin (10 mg) zur Behandlung der Psychose vor. Midazolam wurde aufgrund seines schnellen Wirkungseintritts gewählt, Olanzapin wegen seines günstigeren Nebenwirkungsprofils im Vergleich zu Haloperidol. Bei leichter Agitiertheit wurden orale Medikamente empfohlen, bei schwerer Agitiertheit zusätzlich physische Fixierungen in Betracht gezogen. Ein ergänzender Algorithmus zur Behandlung bei Therapieversagen war ebenfalls Teil des Protokolls. Die retrospektive Analyse umfasste 170 Personen mit methamphetaminbezogenen Diagnosen. Der primäre Endpunkt – die Reduktion von Mehrverordnung (definiert als Verabreichung von ≥ 3 sedierenden Medikamenten innerhalb von 30 Minuten) – zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen vor und nach Protokolleinführung. Jedoch ergab eine Subgruppenanalyse, dass bei konsequenter Anwendung des Protokolls die Mehrverordnung signifikant reduziert wurde (0 % vs. 44 %, $p = 0,001$). Auch bei den sekundären Endpunkten (Hypotonie, übermäßige Sedierung, Verweildauer in der Notaufnahme, Zwangsmaßnahmen) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Die geringe Protokolladhärenz (nur in 38 % der Fälle vollständige Protokolladhärenz) sowie strukturelle Einschränkungen (z. B. kein eigenes psychiatrisches Notfallzentrum) wurden als mögliche Ursachen hierfür diskutiert. Die Studie sprach sich für den Einsatz eines standardisierten Behandlungsprotokolls bei methamphetamininduzierten Erregungszuständen aus. Besonders die Kombination aus Midazolam und Olanzapin erwies sich als effektiv und gut verträglich – vorausgesetzt, das Protokoll wurde konsequent umgesetzt. Für die klinische Praxis lässt sich ableiten, dass strukturierte, substanzspezifische Algorithmen zur Behandlung akuter Erregungszustände sinnvoll sind und Mehrmedikation vermeiden können, sofern die Algorithmen im klinischen Alltag konsequent angewendet werden.

Eine groß angelegte Beobachtungsstudie von Engstrom et al. (2023) untersuchte die Wirksamkeit und Sicherheit von Benzodiazepinen und Antipsychotika bei älteren Erwachsenen in Notaufnahmen. In einer Kohorte von 684 Personen im Alter über 60 Jahren zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Gesamtzahl an Nebenwirkungen, jedoch eine höhere Intubationsrate in der Benzodiazepin-Gruppe (2,7 % vs. 0,4 %). Dies unterstreicht die Bedeutung einer individuellen Risikobewertung, insbesondere bei komplex erkrankten Betroffenen.

Die Übersichtsarbeit von Au et al. (2023) untersuchte die in Notaufnahmen angewandten pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Maßnahmen bei Personen mit substanzinduzierten psychischen Symptomen (insbesondere Agitation, Aggression und Psychose), und verglich diese mit nationalen und internationalen Leitlinien aus Australien, Großbritannien und den USA. Cannabis war die am häufigsten berichtete Substanz, gefolgt von Methamphetamin, Kokain, Ecstasy und Heroin. Der gleichzeitige Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen war häufig, was die klinische Einschätzung erschwerte. Pharmakologische Interventionen entsprachen häufig, aber nicht immer, den Leitlinienempfehlungen: Am häufigsten eingesetzt wurden Benzodiazepine (z. B. Lorazepam, Midazolam) und Antipsychotika (z. B. Droperidol, Olanzapin, Risperidon). Zusätzlich kamen auch Antidepressiva, Antikonvulsiva und Antidote wie Naloxon oder Flumazenil zum Einsatz. Die medikamentöse Wahl war stark

vom klinischen Bild und der vermuteten ursächlichen Substanz abhängig. Die Autor*innen schlussfolgerten, dass die derzeitige Versorgungspraxis bei substanzinduzierten Notfallvorstellungen unzureichend standardisiert ist. Um die Sicherheit der Betroffenen und die Versorgungsqualität zu verbessern, forderten sie evidenzbasierte Protokolle, konsequente Schulung und bessere Dokumentation, insbesondere im Hinblick auf eingesetzte Dosierungen, den Einsatz von Deeskalationsstrategien und den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. So blieb der tatsächliche Einsatz verbaler deeskalierender Maßnahmen meist unklar und auch zu den Gründen für den Einsatz restriktiver Interventionen lagen nur begrenzte Informationen vor. Unterschiede zwischen Ländern – etwa das weitgehende Ausbleiben solcher Maßnahmen in europäischen Studien – lassen sich aufgrund der geringen Studienzahl und ungleich verteilten Daten nur eingeschränkt interpretieren. Für eine verbesserte Versorgungsqualität und Patient*innensicherheit erscheint es daher notwendig, die Dokumentation klinischer Maßnahmen zu standardisieren, insbesondere in Bezug auf nicht-restriktive Deeskalationsstrategien, indikationsgerechte Medikation und das Management substanzspezifischer Erregungszustände.

Kürzlich fasste ein Umbrella-Review von Uribe et al. (2025) die Evidenz zur pharmakologischen Behandlung psychomotorischer Erregungszustände bei Menschen mit psychischen Störungen (inkl. substanzinduzierter Störungen) zusammen. Loxapin, Aripiprazol, Droperidol und Lorazepam erwiesen sich als wirksam, wobei Kombinationstherapien – z. B. Haloperidol mit Promethazin oder Lorazepam mit Antipsychotika – teilweise bessere Effekte bei geringerer Nebenwirkungsrate zeigten. Midazolam wurde als schnell wirksam beschrieben, wies jedoch insbesondere bei älteren Personen ein ungünstigeres Nebenwirkungsprofil auf. Zur pharmakologischen Therapie bei Patient*innen mit Komorbidität psychotischer und substanzabhängiger Störungen zeigte eine kleine retrospektive Fallanalyse (n=14) in Spanien die Wirksamkeit einer einmaligen inhalativen Gabe von Loxapin (Roncero et al., 2016). Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ weist allerdings auf den u.a. aufgrund von respiratorischen Nebenwirkungen begrenzten Einsatzbereich von inhalativ verabreichtem Loxapin hin (DGPPN, 2018, Empfehlung S. 166)).

Insgesamt spricht die Evidenzlage für die Wirksamkeit verschiedener pharmakologischer Optionen zur akuten Sedierung bei agitiert-psychotischen Zuständen. Die Mittelwahl erfolgt unter Berücksichtigung individueller Risikofaktoren, der Dringlichkeit sowie möglicher Nebenwirkungen. Die S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt die medikamentöse Therapie der Erregungszustände nach nicht ausreichendem oder fehlendem Ansprechen auf nichtmedikamentöse Interventionen und bevorzugt die Gabe von Benzodiazepinen vor der Gabe von Antipsychotika (DGPPN, 2025b, Empfehlungen 86-88).

In der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ werden spezifische Empfehlungen für die medikamentöse Therapie von Erregungszuständen ausgesprochen, die hier teils verkürzt wiedergegeben werden (DGPPN, 2018, S. 176-177):

1. Bevorzugung einer oralen Gabe von Antipsychotika oder Benzodiazepinen
2. Bei Notfallgabe ohne Einwilligung des Betroffenen Bevorzugung von Benzodiazepinen zur Vermeidung von motorischen Nebenwirkungen der Antipsychotika
3. Bei Intoxikationen mit Alkohol, Mischintoxikationen, Intoxikation mit unbekanntem Substanzen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern wird Zurückhaltung gegenüber einer sedierenden

Medikation empfohlen und es wird auf die besondere Notwendigkeit einer intensiven Überwachung hingewiesen. Als vergleichsweise sicher wird bei zwingender Indikation einer pharmakologischen Intervention der Wirkstoff Haloperidol angesehen.

Besondere Hinweise gibt die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ für die klinische Situation rezidivierender Aggressivität bei psychotischen Erkrankungen (DGPPN, 2018, S. 177-183), wobei die antipsychotische Medikation, die Verwendung von Depot-Antipsychotika, Clozapin (ggf. in Kombination mit anderen Antipsychotika) und Valproinsäure besonders diskutiert werden. Beta-Blocker, Benzodiazepine und andere Stimmungsstabilisierer (außer Valproinsäure) werden nicht empfohlen. Auf Seite 171-175 der Leitlinie finden sich tabellarische Übersichten zur Dosierung, der Zulassung und den Warnhinweisen aus Rote-Hand-Briefen bezüglich der medikamentösen Therapie der Erregungszustände (DGPPN, 2018).

Die S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie empfiehlt bei Intoxikationen das folgende Vorgehen (DGPPN, 2019, S. 133):

1. Zur Behandlung von Erregung, Unruhe und Angst im Rahmen von Drogenintoxikationen sollen primär Benzodiazepine eingesetzt werden.
2. Bei Alkoholintoxikation oder Mischintoxikationen sind unter dem Aspekt des Erhalts der Vitalfunktionen primär Antipsychotika mit geringen anticholinergen und antihistaminergen Eigenschaften indiziert.

In der Zusammenschau erfolgt die Wahl des Medikaments sowie der Dosierung individuell unter besonderer Berücksichtigung des psychiatrischen Zustandsbildes, des Alters, der körperlichen Verfassung und möglicher Intoxikationen. In der Regel wird eine orale Gabe versucht werden, bevor parenterale Notfallmaßnahmen zum Einsatz kommen. Im folgenden Kasten findet sich eine Zusammenfassung von Vor- und Nachteilen von Benzodiazepinen und Antipsychotika in der Akutbehandlung von Erregungszuständen.

BENZODIAZEPINE

Vorteile:

- Rascher Wirkungseintritt (v. a. Lorazepam)
- Gute anxiolytische und sedierende Wirkung
- In der Akutbehandlung etabliert

Risiken/Kontraindikationen:

- Atemdepression (v. a. bei Kombination mit anderen sedierenden Substanzen (z.B. bei Opiatintoxikation) oder bei älteren Menschen)
- Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ weist darauf hin, dass speziell Midazolam wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression bei psychiatrischen Indikationen nicht verwendet werden soll (DGPPN, 2018, S. 166-167).
- Verwirrtheit durch anticholinergen Wirkmechanismus (v.a. bei älteren Menschen), paradoxe Reaktionen möglich, Sturzrisiko ist erhöht (v.a. bei älteren Menschen)
- Potenzial für Abhängigkeit

- Beeinträchtigung der Diagnostik bei Intoxikation (Verstärkung der Sedierung)
- Nicht empfohlen zur Therapie rezidivierender Erregungszustände bei psychotischen Erkrankungen (DGPPN, 2018, S. 183).

Monitoring nach Gabe:

- Vitalzeichenkontrolle (Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung)
- Überwachung des Bewusstseins und neurologischer Status
- Dokumentation der Substanzgabe, Wirkverlauf und ggf. Nebenwirkungen

ANTIPSYCHOTIKA

Vorteile:

- Wirkung auf psychotische und maniforme Symptome
- Breiter klinischer Einsatz, auch bei Komorbiditäten
- Antipsychotika der zweiten Generation (z. B. Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin, etc.) häufig besser verträglich als Antipsychotika der ersten Generation

Risiken/Kontraindikationen:

- Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen, insbesondere bei Antipsychotika der ersten Generation
- Kardiale Nebenwirkungen (z.B. QTc-Verlängerung (z. B. bei Haloperidol, Ziprasidon))
- Potenzielle Sedierung, insbesondere bei hoher Dosierung oder bei Kombination mit anderen Wirkstoffen
- Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ weist darauf hin, dass Olanzapin parenteral nicht in Kombination mit Benzodiazepinen verabreicht werden soll wegen erheblicher Sicherheitsbedenken und potenzieller vitaler Gefährdung (DGPPN 2018, S. 167-168).

Monitoring nach Gabe:

- Vitalzeichenkontrolle (Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung)
- Überwachung des Bewusstseins und neurologischer Status
- Dokumentation der Substanzgabe, Wirkverlauf und ggf. Nebenwirkungen

Angesichts der klinischen Relevanz und der potenziellen Risiken, die mit Erregungszuständen und aggressiven Ausbrüchen bei Personen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolaren affektiven Erkrankungen in Kombination mit Substanzkonsumstörungen einhergehen, ergibt sich hier ein deutlicher Forschungsbedarf. Es bedarf gezielter, methodisch hochwertiger Studien, die differenziert die Wirksamkeit und Sicherheit pharmakologischer Interventionen bei dieser Betroffengruppe untersuchen. Nur so lassen sich evidenzbasierte und praxistaugliche Empfehlungen für den akuten klinischen Umgang mit komplexen psychiatrischen Zustandsbildern entwickeln.

7.2 Somatische Komorbiditäten

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weisen häufig auch eine schwere somatische Krankheitslast auf (Razzano et al., 2015). Die somatischen und psychischen Erkrankungen stehen in einer komplexen Wechselwirkung miteinander. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die somato-psychische Komorbidität auch eine ungünstige prognostische Auswirkung auf den Verlauf der psychischen Erkrankung hat (Fleetwood et al., 2023). Die somatischen Begleiterkrankungen können mit der Substanzkonsumstörung zusammenhängen, oder sie können Folge eines ungesunden Lebensstils sein (z.B. erhöhte Rate an Nikotinabhängigkeit bei Menschen mit einer Schizophrenie) und einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen, oder aber sie könnten theoretisch auch eine Langzeitfolge psychopharmakologischer Behandlungen sein (z.B. Gewichtszunahme und metabolisches Syndrom unter Antipsychotika). Registerstudien aus Skandinavien zeigten allerdings, dass mit Antipsychotika behandelte Menschen mit psychotischen Erkrankungen eine geringere Langzeitmortalität hatten im Vergleich zu Menschen mit psychotischen Erkrankungen, die keine Antipsychotikatherapie erhielten (adjustierte Hazard Ratio für Mortalität aller Ursachen bei Antipsychotikatherapie im Vergleich zum Verzicht auf Antipsychotikatherapie 0,48 (95 %-KI 0,46 bis 0,51; Taipale et al., 2020). Dieser Befund wird auch von einer chinesischen Meta-Analyse unterstützt, in der die Mortalitätsraten bei Menschen mit einer Schizophrenie bei einer Nichtbehandlung höher waren als bei einer antipsychotischen Pharmakotherapie (Jia et al., 2022). Daraus kann geschlossen werden, dass die Nebenwirkungen der antipsychotischen Pharmakotherapie zumindest statistisch die Mortalität in der Langzeittherapie nicht erhöhen.

In Bezug auf Menschen mit Suchterkrankungen zeigte eine aktuelle Studie eine höhere Rate an unerkannten somatischen Komorbiditäten wie der arteriellen Hypertonie (OR 1,81; 95 %-KI 1,48 bis 2,20) oder eines Diabetes mellitus (OR 1,93; 95 %-KI 1,72 bis 2,16) im Vergleich zu Menschen ohne Suchterkrankungen (Lindenfeld et al., 2024). Auch hier kommen ursächlich mehrere Faktoren wie die direkten gesundheitsschädigenden Wirkungen der Suchtstoffe, ein allgemein ungesunder Lebensstil und eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen in Frage.

Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie (F2) oder Bipolaren Störungen (F30/F31) und komorbiden Substanzkonsumstörungen liegen relativ wenige Untersuchungen zur somatischen Krankheitslast vor. In einer Meta-Analyse mit 13 Studien lag bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und einer komorbiden Suchterkrankung die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei 35,6 % und damit in vergleichbarer Höhe wie die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ohne komorbide Suchterkrankung (32,5 %; Onyeka et al., 2019). Nach der tardiven Dyskinesie, die mit 35,4 % und 25,1 % die zweithäufigste somatische Komorbidität in beiden Gruppen darstellte, lag bei schwerer psychischer Erkrankung in Komorbidität mit Suchterkrankungen die Hepatitis C (26,9 %) auf Rang 3, bei fehlender Suchterkrankung waren es endokrine Erkrankungen (19,0%). Kardiovaskuläre Erkrankungen (11,8 % vs. 11,3 %) und Diabetes mellitus (jeweils 7,5 %) waren in beiden Gruppen vergleichbar häufig. Dennoch ergaben epidemiologische Studien, dass eine komorbide Substanzabhängigkeit die Mortalität bei an einer Schizophrenie erkrankten Menschen signifikant erhöht (systematischer Review, drei Studien: RR 1,6; 95 %-KI 1,47 bis 1,80; Correll et al., 2022).

Vor diesem Hintergrund ist es bei Menschen mit einer Komorbidität von Psychose und Sucht in der Versorgungspraxis wichtig, regelmäßige klinische und laborchemische Kontrolluntersuchungen durchzuführen, um mögliche komorbide somatische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und eine den einschlägigen somatischen Leitlinien entsprechende Versorgung einzuleiten.

Für die spezifische Frage, welche evidenzbasierten Interventionen bei Komorbidität von Psychose und Suchterkrankung zur Verbesserung der somatischen Gesundheit beitragen können, liegt bislang nur eine sehr begrenzte Studienlage vor. Randomisierte kontrollierte Studien oder systematische Übersichtsarbeiten, die sich gezielt mit somatischen Komorbiditäten bei der Kombination von substanzbezogenen und schweren psychischen Störungen befassen, sind kaum verfügbar. Zwei Studien mit psychosozialen Interventionen (Gaughran et al., 2017; Westman et al., 2019) zeigten nur begrenzte Effekte.

Somit sehen wir Forschungsbedarf für kontrollierte klinische Studien mit Langzeitbeobachtung in der Gruppe der komorbid an Suchterkrankungen und Psychosen erkrankten Menschen, um die präventive Wirkung von pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen auf Endpunkte wie das Eintreten eines Diabetes mellitus oder von Herz-Kreislaufkrankungen sowie auf die Lebensqualität und die Mortalität zu untersuchen. Umgekehrt gibt es auch Forschungsbedarf zur Klärung der Frage, inwiefern eine effektive Therapie der psychischen Erkrankung die Prognose komorbider somatischer Erkrankungen bessern kann. Hierzu wären im ersten Schritt versorgungsepidemiologische Untersuchungen an großen Kohorten mit entsprechender Komorbidität von Suchterkrankung, Psychose und somatischer Erkrankung sinnvoll.

7.3 Jugendalter

Es liegt bislang nur begrenzte Evidenz zur Behandlung von Jugendlichen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen oder bipolar-affektiven Formenkreis (ICD-10: F2, F30/F31) und komorbiden substanzbezogenen Störungen (F1) vor. Die folgenden drei relevanten NICE-Guidelines bieten eine Orientierung in der Behandlung von Jugendlichen mit Diagnosen aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder bipolar-affektiven Störungen (ICD-10: F2, F30/F31) und komorbiden substanzbezogenen Störungen (F1): (1) „Coexisting severe mental illness and substance misuse“ (NICE, 2019), (2) „Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings“ (NICE, 2011) sowie (3) „Bipolar disorder: assessment and management“ (NICE, 2014).

38.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Jugendlichen mit komorbider psychotischer Störung oder bipolar-affektiver Störung und einer substanzbezogenen Störung sollte eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung angeboten werden, die (Kinder- und Jugend-)psychiatrische und -psychotherapeutische, suchttherapeutische und psychosoziale Komponenten kombiniert. Diese Versorgung sollte niedrigschwellig, koordiniert und familienorientiert erfolgen und mindestens 12 Monate kontinuierlich verfügbar sein.	

Adaptation der NICE-Guideline “Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people “(NICE, 2011, Abschnitt 9.10., S. 232)

Konsensstärke: 94,4 %, Konsens (17 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)

39.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen im Alter von 12 bis 21 Jahren mit einer akuten manischen oder gemischten Episode bei Bipolar I Störung und komorbider Cannabisabhängigkeit kann Topiramate in Kombination mit Quetiapin im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit motivierenden und kognitiv- verhaltenstherapeutischen Elementen angeboten werden, sofern eine sorgfältige individuelle Indikationsstellung erfolgt und eine engmaschige somatische Überwachung sichergestellt ist. Dabei handelt es sich um einen Off-label use.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ Unerwünschte Ereignisse: alle moderat ⊕⊕⊕⊖	Farrow, J. E., DelBello, M. P., Patino, L. R., Blom, T. J., & Welge, J. A. (2024). A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Adjunctive Topiramate in Adolescents with Co-Occurring Bipolar and Cannabis Use Disorders. <i>JAACAP open</i> , 2(4), 290–300.	
Klinische Outcomes F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖		
Klinische Outcomes F30/31: Stimmungssymptome und Schweregrad moderat ⊕⊕⊕⊖		
Allgemein-somatischer Gesundheitszustand (BMI, Gewichtsänderung) moderat ⊕⊕⊕⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 21 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)	

Ergänzend zu den genannten Leitlinien konnte eine randomisierte kontrollierte Studie von Farrow et al. (2024) identifiziert werden, die sich spezifisch auf Jugendliche mit bipolarer Störung und Cannabisabhängigkeit bezieht. In dieser 16-wöchigen, placebokontrollierten Doppelblindstudie mit 75 Teilnehmenden erhielten Jugendliche mit Bipolar-I-Störung und diagnostizierter Cannabisabhängigkeit eine Kombination aus Quetiapin und Topiramate. Die medikamentöse Behandlung wurde begleitet von einer manualisierten psychotherapeutischen Intervention, bestehend aus Motivational Interviewing und Compliance Enhancement Therapy. Die Ergebnisse zeigten eine signifikant stärkere Reduktion des Cannabiskonsums in der Topiramatgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe – sowohl hinsichtlich der

Konsumfrequenz als auch der konsumierten Mengen. Auch der Alkohol- und Nikotinkonsum nahm unter Topiramamat deutlicher ab. Die affektive Symptomatik besserte sich in beiden Gruppen vergleichbar, was gleichzeitig auch die Bedeutung der psychotherapeutischen Intervention unterstreicht. Topiramamat wurde insgesamt gut vertragen, wobei Nebenwirkungen wie Appetitminderung und Unruhe häufiger auftraten. Klinisch relevant war zudem ein im Vergleich zur Placebogruppe günstigerer Verlauf beim Körpergewicht.

Bei der Verordnung von Topiramamat zur Behandlung einer Bipolaren affektiven Störung und komorbiden Cannabisabhängigkeit handelt es sich um einen Off-label use, außerdem ist die besondere Notwendigkeit einer sicheren Kontrazeption bei Anwendung von Topiramamat zu beachten. Darüber sollten bei Anwendung von Topiramamat bei minderjährigen Patient*innen auch die Erziehungsberechtigten besonders aufgeklärt werden. Quetiapin ist für die Therapie der bipolaren affektiven Störung (depressive Phasen, manische Phasen, Rezidivprophylaxe) bei Erwachsenen zugelassen. Für die Anwendung von Quetiapin bei Kindern und Jugendlichen liegen keine Daten vor, entsprechend wird Quetiapin nicht für die Anwendung in dieser Altersgruppe empfohlen. Die Verordnung von Quetiapin für Patient*innen im Kindes- und Jugendalter gemäß Empfehlung 39 ist daher ein Off-Label-Gebrauch, worüber die Patient*innen und ihre Erziehungsberechtigten besonders aufgeklärt werden müssen. Dabei ist auch die in klinischen Studien beobachtete besondere Häufigkeit bestimmter Nebenwirkungen im Vergleich zum Erwachsenenalter zu berücksichtigen.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 39)

Nutzen und Schaden:	Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
In der Evidenz (Farrow et al., 2024) gibt es Hinweise darauf, dass Jugendliche mit bipolarer Störung und komorbider Cannabisabhängigkeit durch Quetiapin, Topiramamat und strukturierter motivierender Intervention hinsichtlich des Body-Mass-Index und Outcomes zum Substanzkonsum (Joints pro Woche, Craving Konsumtage pro Woche) profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen. Ein Schadensrisiko besteht insbesondere aufgrund der besonderen Risiken bei Anwendung von Topiramamat in der Schwangerschaft sowie bei der Anwendung von Quetiapin im Kindes- und Jugendalter aufgrund der besonderen Nebenwirkungsrisiken. In der in Empfehlung 39 dargestellten Indikation liegt für beide empfohlenen Substanzen im Kindes- und Jugendalter ein Off-label-Gebrauch vor.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Moderat
Die Gesamtqualität der Evidenz ist moderat. Es gibt schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz, da die Beobachtungen nur auf einem RCT mit sehr wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Es ist davon auszugehen, dass seitens Jugendlicher mit Bipolarer Störung und Cannabiskonsum sowie der Angehörigen eine hohe Variabilität zu erwarten ist.	
Ressourcen:	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Eine Pharmakotherapie in Kombination mit strukturierter motivierender Gesprächsführung kann im Jugendalter umgesetzt werden. Die Ressourcen und Umsetzbarkeit können je nach familiärer Situation und therapeutischer Verfügbarkeit variieren.	

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für Jugendliche mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer Bipolaren Störung und einer komorbiden Substanzkonsumstörung sowie für Jugendliche mit einer substanzinduzierten Psychose eine integrierte, kontinuierlich koordinierte Versorgung erforderlich ist, wie sie in den NICE-Guidelines dargestellt wird. Für die Subgruppe von Jugendlichen mit bipolarer Störung und Cannabisabhängigkeit stellt die Kombination aus Quetiapin, Topiramamat und strukturierter motivierender Therapie auf Grundlage der Daten von Farrow et al. (2024) eine gut verträgliche und vielversprechende Behandlungsoption dar, die jedoch nur unter Beachtung besonderer Sicherheitsabwägungen (sichere Kontrazeption, off-label-Gebrauch) durchgeführt werden kann.

7.4 Ersterkrankte

Die Evidenzlage für spezifische psychopharmakologische, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Interventionen für junge Menschen mit einer Substanzkonsumstörung und Erstdiagnose einer substanzinduzierten Psychose oder für junge Menschen mit einer Substanzkonsumstörung und einer Erstdiagnose einer komorbiden Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien oder einer Bipolaren Störung ist bislang begrenzt. Einzelne Interventionsansätze wurden im Rahmen randomisierter kontrollierter Studien evaluiert, wobei sich insbesondere bei psychotherapeutischen und familienbasierten Maßnahmen Hinweise auf Wirksamkeit zeigen.

40.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit einer substanzbezogenen Störung und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen bzw. bipolar-affektiven Störung sollte eine psychotherapeutische Intervention angeboten werden, die kognitive Verhaltenstherapie und motivierende Gesprächsführung integriert.	
Qualität der Evidenz		
Betroffene-Outcomes: Klinische Outcomes F1: Cannabis Konsum moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i> , 42(8), 1627–1636.	
Lebensqualität moderat ⊕⊕⊕⊖		
Eltern-Outcomes: Belastungserleben - Stress moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 46(3), 340–345.	
Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖		
Kompetenz von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational	

<p>Globales Einfühlungsvermögen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nicht-Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. <i>Psychological medicine</i>, 45(13), 2839–2848.</p>
<p>Klinische Outcomes F1: Cannabiskonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinische Outcomes F2/SMI: moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Drop-out Rate niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Inanspruchnahme ambulanter Versorgung und Medikation niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Globale Bewertung der Funktionsfähigkeit moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Krankheitseinsicht (Level of insight) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Haltung zur Behandlung niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Lebensqualität niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i>, 114(2), 109–117.</p> <p>González-Ortega, I., Echeburúa, E., Alberich, S., Bernardo, M., Vieta, E., de Pablo, G. S., & González-Pinto, A. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 19(12), 7325.</p> <p>Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J., Russell, V., Waddington, J. L., & O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. <i>Schizophrenia research</i>, 143(1), 138–142.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 22 und 23 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

Ein möglicher psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionsansatz für Personen mit kürzlich aufgetretener Psychose und komorbidem Cannabiskonsum ergibt sich aus den Studien von Smeerdijk et al. (2012, 2014, 2015), die eine sogenannte Family Motivational Intervention (FMI) mit einer Routine Family Support (RFS) verglichen haben. Die Intervention richtete sich primär an Eltern von Jugendli-

chen und jungen Erwachsenen mit einer Erstdiagnose im Formenkreis der Schizophrenien und gleichzeitigem regelmäßigem Cannabiskonsum. Ziel war es, durch die Schulung der MI und Interaktionsfähigkeiten Einfluss auf den Substanzkonsum der Betroffenen zu nehmen.

Im Rahmen der randomisiert-kontrollierten, einfach verblindeten Studie von Smeerdijk et al. (2012) wurden 97 Elternteile (n = 53 FMI, n = 44 RFS) und 75 Betroffene einbezogen. Die Familienintervention bestand in der FMI-Gruppe aus insgesamt zwölf dreistündigen Gruppensitzungen über sechs Monate, die je zur Hälfte Interaktionstrainings (z. B. aktives Zuhören, Grenzen setzen, Konfliktlösung) und Schulungen in MI-Techniken umfassten. Die RFS-Gruppe erhielt dagegen individuelle, einstündige Sitzungen mit einem Familientherapeuten ohne strukturiertes Training, bei denen Eltern eigene Themen einbringen konnten. Beide Gruppen erhielten zusätzlich eine Basisversorgung mit psychoedukativen Sitzungen und der üblichen psychiatrischen Behandlung der Betroffenen.

Die Studienergebnisse zeigen, dass sich in der FMI-Gruppe gegenüber der RFS-Gruppe eine signifikant stärkere Reduktion des Cannabiskonsums beobachten ließ – sowohl hinsichtlich der Konsummenge als auch der Konsumhäufigkeit. Auch das subjektive Craving war nach 15 Monaten in der FMI-Gruppe signifikant niedriger (Smeerdijk et al., 2015). Die Wirkung war somit nicht nur kurzfristig, sondern sie zeigte sich auch in der 15-Monats-Nachuntersuchung. Auf Seiten der Eltern zeigte sich in der FMI-Gruppe ein signifikanter Kompetenzzuwachs in MI-Fertigkeiten, insbesondere auch in Bezug auf empathisches Verhalten. Beide Gruppen berichteten eine Abnahme elterlicher Belastung, wobei nur in der FMI-Gruppe eine zusätzliche Verbesserung in der elterlichen Einschätzung der Symptomatik der Betroffenen beobachtet wurde.

Insgesamt stützen diese Ergebnisse die Annahme, dass ein strukturiertes elternzentriertes Gruppenprogramm, das motivierende Gesprächsführung und kommunikative Kompetenzen kombiniert, einen nachhaltigen Beitrag zur Reduktion des Cannabiskonsums bei jungen Betroffenen im frühen Verlauf einer Psychose leisten kann. Besonders hervorzuheben ist, dass die Intervention indirekt über das elterliche Verhalten wirkt, was sie gerade in frühen Krankheitsphasen als ergänzenden Baustein zur regulären fachpsychiatrischen Versorgung von Relevanz sein kann.

Ergänzend liegt Evidenz zu kognitiv- verhaltenstherapeutisch Interventionen bei Cannabisgebrauch in Kombination mit psychotischen Erkrankungen vor. Frühe Studien zu psychotherapeutischen Interventionen bei Cannabisgebrauch im Kontext psychotischer Erkrankungen lieferten zunächst uneinheitliche Befunde.

In einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Edwards et al. (2006) die Wirksamkeit eines spezifisch auf Cannabis fokussierten Einzeltherapieprogramms (Cannabis and Psychosis therapy, CAP) gegenüber einer psychoedukativen Standardversorgung bei jungen Erwachsenen in den ersten zwölf Monaten nach Erstmanifestation einer Psychose. Die achtwöchige kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe keine signifikanten Vorteile in Bezug auf Reduktion des Cannabiskonsums oder psychopathologischer Symptome. Die geringe Stichprobengröße (n = 47) und kurze Interventionsdauer könnten dabei die Aussagekraft der Ergebnisse jedoch eingeschränkt haben.

Die Studie von Madigan et al. (2013) verfolgte einen ähnlichen Ansatz, setzte aber auf eine Gruppentherapie, die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie und der motivierenden Gesprächsführung kombinierte. Die insgesamt 88 Teilnehmenden mit früher Psychose und komorbider Cannabisabhängigkeit wurden über einen Zeitraum von 18 Wochen behandelt, inklusive einer sogenannten "Booster"-

Sitzung. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Effekt auf den Substanzkonsum oder die klinischen Symptome. Allerdings konnte eine signifikante und anhaltende Verbesserung der subjektiven Lebensqualität in der Interventionsgruppe festgestellt werden, sowohl nach drei Monaten als auch nach einem Jahr. Dies deutet darauf hin, dass psychosoziale Interventionen in frühen Krankheitsstadien zwar möglicherweise nicht unmittelbar zur Abstinenz führen, aber zu einer verbesserten Lebensbewältigung beitragen können.

In einer einfach verblindeten, randomisierten und kontrollierten Studie von González-Ortega et al. (2022) wurde eine spezifisch auf Cannabisabstinenz ausgerichtete kognitive Verhaltenstherapie (KVT-CC) mit einer strukturierten Routineversorgung bei Personen mit Ersterkrankung im psychotischen Spektrum verglichen. Die 16-wöchige Einzelintervention umfasste motivierende Strategien, psychoedukative Einheiten sowie verhaltens- und kognitivtherapeutische Techniken zur Rückfallprophylaxe und Symptombehandlung. Es nahmen insgesamt 65 Personen teil. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante und anhaltende Reduktion der Konsummenge, der Konsumhäufigkeit sowie der psychotischen Positivsymptomatik in der KVT-CC-Gruppe. Zudem war die Reduktion des Konsums mit einer schnelleren klinischen und funktionellen Besserung assoziiert. Die Effekte zeigten sich bereits im Post-Treatment und hielten über den gesamten Follow-up-Zeitraum von zwölf Monaten an.

Insgesamt verdeutlicht die chronologische Entwicklung der Studien, dass frühe Programme wie jene von Edwards et al. (2006) und Madigan et al. (2013) zwar erste Ansätze boten, aber hinsichtlich des Substanzkonsums keine konsistenten Effekte nachweisen konnten. Erst spezifisch adaptierte und intensiv strukturierte Programme wie die KVT-CC nach González-Ortega et al. (2022) weisen auf ein relevantes Potenzial zur nachhaltigen Reduktion des Cannabiskonsums und zur Verbesserung klinischer Verläufe bei Psychosebetroffenen mit komorbider Cannabisbezogener Störung hin. Der Fokus auf individualisierte Interventionen mit konkreter Rückfallprävention, kombinierten therapeutischen Techniken und längerer Nachsorge scheint dabei zentral zu sein.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 40)

Nutzen und Schaden:	Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
In der Evidenz gibt es schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit substanzbezogenen Störung und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen bzw. affektiven Störung durch psychotherapeutische Intervention (speziell kognitive Verhaltenstherapie und motivierende Gesprächsführung teilweise mit Familieneinbezug) hinsichtlich des Substanzkonsums (Smeerdijk et al., 2012, 2014, 2015), der Lebensqualität (Madigan et al., 2013), Positivsymptomatik, Angstsymptomen und der Funktionsfähigkeit (Gonzalez-Ortega et al., 2022) einen Nutzen haben. Ein Schadensrisiko besteht nicht.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Moderat
Die Gesamtqualität der Evidenz ist moderat. Es gibt schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias (Madigan et al (2013) und Edwards et al. (2006)) und schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz. Letzteres vor allem, da die Beobachtungen auf RCTs mit sehr wenigen Teilnehmenden beruhen.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Es ist anzunehmen, dass bei Personen mit einer substanzbezogenen Störung und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen oder bipolar-affektiven Störung mit einer gewissen klinischen Variabilität zu rechnen ist.

Ressourcen:

Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Eine psychotherapeutische Intervention kann bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen Störung umgesetzt werden. Die Ressourcen und Umsetzbarkeit können je nach Situation und therapeutischer Verfügbarkeit variieren. Bei früher Intervention nach der Erstdiagnose kann der zunächst etwas höhere Ressourcenverbrauch (Zeit, Kosten) gegebenenfalls durch einen günstigeren Verlauf auf Betroffenenebene sowie auf Angehörigenebene ausgeglichen werden.

7.5 Höheres Lebensalter

Die Versorgung älterer Personen mit komorbiden substanzbezogenen und schweren psychischen Störungen stellt eine zunehmende Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Alterns der sogenannten „Babyboomer“-Generation ist davon auszugehen, dass die Zahl älterer Menschen mit einer gleichzeitigen Diagnose einer Substanzkonsumstörung (ICD-10 F1) und einer schweren psychischen Erkrankung – wie etwa einer Schizophrenie (F2) oder einer bipolaren affektiven Störung (F30/F31) – in den kommenden Jahren steigen wird. Für den deutschsprachigen Raum liegen bislang keine belastbaren epidemiologischen Daten vor, sodass der tatsächliche Versorgungsbedarf derzeit nur eingeschränkt abschätzbar ist.

Der Krankheitsverlauf bei älteren Menschen mit Doppeldiagnosen unterscheidet sich häufig von dem bei jüngeren Betroffenen. So zeigen Daten einer groß angelegten Studie von Kerfoot et al. (2011), dass die Behandlungsprävalenz von substanzbezogenen Störungen mit zunehmendem Alter sinkt, während das Auftreten dementieller Syndrome zunimmt. Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit, altersassoziierte kognitive Störungen systematisch in die diagnostische und therapeutische Planung einzubeziehen. Darüber hinaus kann eine bestehende Substanzabhängigkeit im höheren Lebensalter zu zusätzlichen neurokognitiven Einschränkungen führen, wobei sowohl direkte toxische Effekte als auch vaskuläre und metabolische Komplikationen eine Rolle spielen können. Diagnostische Verfahren wie der Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock Drawing Test (CDT) oder Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease – Plus Version (CERAD-Plus) sollten daher bei älteren Menschen mit Substanzkonsumstörung und einer Psychose (F2) oder bipolaren affektiven Störung (F30/F31) gezielt eingesetzt werden, wenn Hinweise auf alltagsrelevante kognitive Störungen vorliegen, die über die bislang aufgetretenen Probleme im Rahmen der Grunderkrankungen hinausgehen.

In der Diagnostik älterer Personen mit Doppeldiagnosen ist besondere Sorgfalt geboten, da der Substanzkonsum in dieser Altersgruppe häufig übersehen oder unterschätzt wird (Kerfoot et al., 2011). Typische klinische Symptome können altersbedingt abgeschwächt, unspezifisch oder von anderen somatischen oder kognitiven Komorbiditäten überlagert sein. Diagnostische Prozesse erfordern daher oft mehr Zeit und eine erhöhte Sensibilität für alters- und krankheitsbedingte Besonderheiten. Eine strukturierte Exploration des Konsumverhaltens – unter Einbezug von Angehörigen sowie ggf. durch

ergänzende toxikologische Untersuchungen – ist essenziell. Zudem kann die Beziehung zwischen Substanzkonsum und Gesundheitsstatus im höheren Lebensalter komplex sein. So beschreibt die „sick quitter“-Hypothese, dass viele ältere Menschen ihren Konsum infolge gesundheitlicher Verschlechterung reduzieren oder ganz einstellen (Balsa et al., 2008; Shaper et al., 1988). Der Verzicht auf Substanzen ist in diesen Fällen weniger Ausdruck freiwilliger Abstinenz als Folge einer eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit. Dies erschwert die Einschätzung des tatsächlichen Langzeitriskos, da aktuelle Konsumangaben nicht zwangsläufig die frühere Exposition widerspiegeln. Daher sollte auch die Konsumhistorie systematisch erfasst werden, um mögliche Auswirkungen früherer Substanzbelastung auf den aktuellen Gesundheitszustand angemessen berücksichtigen zu können.

Insgesamt ist die Evidenzlage zur Diagnostik und Versorgung älterer Menschen mit Doppeldiagnosen (F1 + F2/F30/31) begrenzt und sie beruht größtenteils auf Daten aus dem US-amerikanischen Versorgungssetting. Studien wie die von Kerfoot et al. (2011) wiesen darauf hin, dass sich die Auswirkungen einer komorbiden Alkoholkonsumstörung bei älteren Betroffenen über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg zeigen können und häufig die Inanspruchnahme unterschiedlicher Behandlungskontexte erforderlich machen – etwa teilstationäre Angebote, spezialisierte Suchtbehandlung oder engmaschige ambulante Nachsorge. Gleichzeitig bieten diese abgestuften Versorgungssysteme auch die Möglichkeit, komplexe Behandlungsbedarfe frühzeitig aufzufangen und wiederholte stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Zukünftige Forschung sollte daher nicht nur einzelne Behandlungsphasen wie den stationären Aufenthalt isoliert betrachten, sondern den gesamten Versorgungspfad in den Blick nehmen. Für den deutschsprachigen Raum fehlt es bislang an epidemiologischen Studien zur Prävalenz, der somatischen Versorgungssituation und zum Versorgungsbedarf älterer Menschen mit Doppeldiagnosen. Um zielgerichtete, evidenzbasierte Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und Versorgungsmodelle entwickeln zu können, sind daher zunächst grundlegende bevölkerungsbezogene Erhebungen erforderlich. Darauf aufbauend sollten systematische Studien zu Verlauf, Inanspruchnahme und Wirksamkeit spezifischer Interventionen bei älteren Personen mit komorbiden substanzbezogenen und psychotischen und affektiven Störungen durchgeführt werden.

7.6 Geschlechtsspezifische Aspekte

Epidemiologische Untersuchungen in Deutschland zeigten, dass Substanzkonsumstörungen bei Männern generell häufiger als bei Frauen auftreten, während Frauen etwas häufiger von Schmerzmittelabhängigkeit betroffen sind (Atzendorf et al., 2019; Rauschert et al., 2022). Diese Befunde sind in Übereinstimmung mit Ergebnissen aus internationalen Studien. Skandinavische Registerstudien beziehen sich auf die Jahre 2000 bis 2016 und zeigten für alle untersuchten Substanzen (Alkohol, Cannabis, Amphetamine und multipler Substanzgebrauch) höhere Inzidenzzahlen für komorbide psychotische Erkrankungen bei Männern als bei Frauen (etwa im Verhältnis 4:1 bis 5:1; Rognli et al., 2022). Auch neuere Übersichtsarbeiten gehen davon aus, dass Frauen mit einer Psychose seltener Abhängigkeitserkrankungen aufweisen als Männer (Casanovas et al., 2023). Bei erstmals an einer Psychose aus dem Formenkreis der Schizophrenien Erkrankten liegt die Rate von Suchtmittelmissbrauch bei Männern bei 68 bis 70 % und bei Frauen bei 30 bis 48 %. Bei Langzeitbetrachtungen verringert sich allerdings dieser Unterschied zunehmend, sodass Casanovas et al. (2023) davon abraten, bei Interventionen für Personen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht Männer als bevorzugte Zielgruppe anzusehen.

Hinsichtlich der klinischen Präsentation der Doppeldiagnose sind geschlechtsspezifische Besonderheiten zu beachten. In einer mit 3350 Teilnehmenden relativ großen britischen Registerstudie zeigten Irving et al. (2021), dass unter Personen mit einer erstmaligen psychotischen Episode Männer eher Negativsymptome aufwiesen (OR 1,85; 95 %-KI 1,33 bis 2,62) und Frauen eher affektive Symptome (Depression und Manie; OR für Männer 0,30; 95 %-KI 0,26 bis 0,35), und dass dies nicht durch komorbiden Substanzkonsum bedingt war. Die Hinzunahme der Substanzabhängigkeit in die statistischen Analysen veränderte die Verteilung einiger Symptome (so scheint das Auftreten von Paranoia und Aggressionen durch den Suchtmittelkonsum befördert zu werden), sie unterstrich aber eher die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Neuroprotektive Effekte von Östrogenen sowie geschlechtsspezifische immunologische, aber auch psychosoziale Faktoren wurden als mögliche Mechanismen angeführt. Wie schon in früheren Untersuchungen zeigte sich auch in der britischen Untersuchung, dass das Konsumverhalten bei männlichen Personen mit Psychose im Vergleich zu weiblichen Betroffenen eher auf Cannabis, Kokain und Amphetamine ausgerichtet war.

Pence et al. (2022) wiesen auf Studien hin, die bei männlichen Heranwachsenden mit Substanzabhängigkeiten ein vierfach erhöhtes Psychoserisiko zeigten. Bei weiblichen Heranwachsenden war das Risiko siebenfach erhöht, was für geschlechtsspezifische Faktoren spricht, die das Psychoserisiko bei Frauen in diesem Alter mehr als bei Männern erhöhen. Untersuchungen zur Symptomausprägung und der Therapierbarkeit wiesen ebenfalls auf geschlechtsspezifische, jedoch uneinheitliche Einflüsse hin, wobei die Reviewautor*innen zusammenfassend einen bei Frauen im Vergleich zu Männern besonders ungünstigen Einfluss des Substanzkonsums auf den Verlauf der Psychose einschätzten.

Etwas klarer sind die epidemiologischen Zahlen zu geschlechtsspezifischen Einflüssen auf die Häufigkeit von Cannabisgebrauch bei komorbiden psychischen Erkrankungen, wobei berücksichtigt werden muss, dass der Cannabisgebrauch im Allgemeinen bei Männern häufiger ist als bei Frauen, und dass hierfür wahrscheinlich eine Reihe von psychosozialen Einflussfaktoren ursächlich sind (Übersicht bei Kozak et al., 2021). In einem systematischen Review mit Meta-Analyse des Vorliegens einer Cannabisgebrauchsstörung („cannabis use disorder“) bei psychotischen Erkrankungen lag die gepoolte Odds Ratio aus sieben Studien für Männer gegenüber Frauen bei 2,1 (95 %-KI 1,10 bis 1,22; $p < 0.01$; Kozak et al. 2021). Die Studien waren allerdings durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet.

In einer epidemiologischen Studie auf Basis des Global Drug Survey zum Auftreten cannabisassoziierter psychotischer Symptome in Notaufnahmen war das relative Risiko für Männer etwas geringer als für Frauen (RR 0,69; 95 %-KI 0,54 bis 0,88), der Unterschied war jedoch nach statistischer Korrektur für mehrfaches Testen nicht mehr statistisch signifikant (Supplement Tabelle 6 in Schoeler et al., 2022). In dieser Übersicht wurde die Psychose-Inzidenz sehr stark vom Untersuchungsland abhängig, wobei Dänemark eine besonders hohe Rate aufwies, was auf Veränderungen der Cannabisprodukte zurückgeführt wurde.

In einer narrativen Übersicht kommen Prieto-Arenas et al. (2022) zu den Hauptergebnissen, dass der Cannabiskonsum bei Männern etwas mehr als bei Frauen das Psychose-Risiko erhöht, während er das Ersterkrankungsalter bei Frauen mehr als bei Männern zu jüngeren Lebensjahren verschiebt (Prieto-Arenas et al., 2022). Die Symptomausprägung scheint bei Männern mehr im Bereich der Positivsymptome und bei Frauen mehr im Bereich der Negativsymptome zu liegen. Allerdings sind auch in dieser Übersicht die Ergebnisse der Studien heterogen und sie weisen nicht immer einheitlich in dieselbe Richtung. Diese Untersuchungen zeigen zusammenfassend, dass die Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum, Psychose und Geschlecht sehr vom Studiensetting, dem Zeitraum der Untersuchung und

der Art der verwendeten Datengrundlagen abhängen. Es lässt sich keine praktische Konsequenz für die klinische Versorgung im individuellen Fall ableiten.

Eine US-amerikanische Untersuchung untersuchte 385 Personen mit einer psychotischen Erkrankung und einer komorbiden Substanzkonsumstörung im Setting einer psychiatrischen Notaufnahme hinsichtlich geschlechtsspezifischer psychosozialer Charakteristika; darunter waren 217 Personen mit einer primären psychotischen Erkrankung und einer komorbiden Suchterkrankung (152 Frauen, 65 Männer) sowie 168 Personen mit einer substanzinduzierten Psychose (125 Männer, 43 Frauen; Caton et al., 2014). Es zeigten sich dabei nur wenige statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. So waren in der Gruppe der primär an einer Psychose Erkrankten Frauen signifikant häufiger verheiratet gewesen oder verheiratet (38,1 % vs. 10,6 %) und sie hatten häufiger Kinder (56,3 % vs. 22,0 %). Des Weiteren hatten Frauen mit einer primären psychotischen Erkrankung häufiger eine Anamnese von sexuellem Missbrauch (61,5 % vs. 34,4 %) und sie waren seltener im Gefängnis gewesen (29,2 % vs. 61,2 %). Bei den Betroffenen mit substanzinduzierten Psychosen waren eine Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs (58,1 % vs. 34,2 %) und Missbrauchs durch den Partner (51,2 % vs. 28,5 %) bei Frauen häufiger als bei Männern. Auch in dieser Gruppe waren vorhergegangene Gefängnisaufenthalte bei Frauen seltener als bei Männern (46,5% vs. 75,2 %). Die Übertragbarkeit der Befunde in dieser selektierten Gruppe von Personen, die eine Notaufnahme aufsuchten, auf die Allgemeinheit ist nur eingeschränkt möglich.

Eine weitere US-amerikanische Untersuchung in gemeindepsychiatrischen Zentren (Brunette & Drake, 1997) mit 172 Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Suchterkrankung hatte die Kernbefunde (bei Frauen mehr soziale Kontakte und Kinder, und weniger Konflikte mit dem Gesetz) auch bereits gezeigt, ebenso eine Untersuchung derselben Arbeitsgruppe bei Obdachlosen mit Doppeldiagnose (Brunette und Drake, 1998). Die Untersuchungen legen damit nahe, dass in der Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen Missbrauchserlebnisse bei beiden Geschlechtern sehr häufig auftreten und daher in einem diagnostischen Assessment zu berücksichtigen sind. Hierbei ergibt sich oft ein Teufelskreis aus psychischer Erkrankung und komorbider Sucht, die das Risiko für Gewalterfahrungen erhöhen, welche wiederum das Hilfesuchverhalten negativ beeinflussen können (Torrens-Melich et al., 2021).

Geschlechtsspezifische Aspekte der Pharmakotherapie ergeben sich aufgrund neurobiologischer Unterschiede, wobei verschiedene geschlechtsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf der Komorbidität von Sucht und Psychose diskutiert werden, so zum Beispiel hormonelle Einflüsse, die jedoch noch nicht in allen Einzelheiten aufgeklärt sind (Übersicht bei Torrens-Melich et al., 2021). Des Weiteren sind geschlechtsspezifische Aspekte bei einigen pharmakologischen Leitlinien-Empfehlungen zu berücksichtigen, wie zum Beispiel die Notwendigkeit einer sicheren Kontrazeption (s. Empfehlung 17 in Kapitel 5.3 und Empfehlung zu 39 Topiramate in Kapitel 7.3).

Spezifische Untersuchungen zum Einfluss von geschlechtsspezifischen Aspekten in Interaktion mit dem Alter der Betroffenen oder der Art der konsumierten Substanzen hinsichtlich der Komorbidität von Psychose und Suchterkrankungen liegen nicht vor. Wir konnten auch keine Studien zur Komorbidität von Psychose und Suchterkrankungen bei Menschen identifizieren, die sich nicht binären Genderrollen zugehörig fühlen, oder nach geschlechtsumwandelnden Eingriffen. Hierzu besteht Forschungsbedarf, insbesondere zur Phase während und nach Hormonbehandlungen. Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf zur Klärung der epidemiologischen Frage der geschlechtsspezifischen Häufigkeit der Komorbidität von Psychose und Sucht in Deutschland. Darüber hinaus ist zu klären, ob in Deutschland

geschlechtsspezifische Bedarfe sowie geschlechtsspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bei dieser Komorbidität bestehen. Falls sich solche Unterschiede aufzeigen lassen, wären die Gründe zu eruieren, um auf dieser dann verbesserten Evidenzbasis Versorgungsmodelle und Leitlinienempfehlungen für eine Optimierung der geschlechtsspezifischen Versorgung von Menschen mit einer Komorbidität von Psychosen und Suchterkrankungen zu entwickeln.

7.7 Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit

Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnverhältnisse sind ein häufiges Problem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Zudem ist für Menschen, die in Wohnungslosigkeit leben, eine hohe Rate an Substanzkonsumstörungen und psychotischen Erkrankungen bekannt. Die Punktprävalenzen zeigen dabei je nach Studie eine sehr hohe Variationsbreite, sie liegen für die Schizophrenie bei wohnungslosen Menschen im Bereich 2 % bis 42 %, für die Bipolare affektive Störung bei 1 % bis 13 %, bei Alkoholabhängigkeit bei 5,5 % bis 71 % und für die Drogenabhängigkeit bei 0 % bis 74 % (Gutwinski et al., 2021).

Genauere epidemiologische Zahlen zur Häufigkeit von Doppeldiagnosen in dieser Betroffenengruppe liegen nicht vor, jedoch kann aufgrund der Häufigkeit von Psychosen und Suchterkrankungen bei wohnungslosen Menschen davon ausgegangen werden, dass auch die Doppeldiagnosen Sucht und Psychosen bei wohnungslosen Menschen sehr häufig anzutreffen sind.

Die S3-Leitlinie für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2025a) empfiehlt das zur Verfügung stehen einer intensiven aufsuchenden Behandlung für wohnungslose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 17). Die S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b) hat diese Empfehlung adaptiert und spricht sich ebenfalls für eine aufsuchende, an individuelle Bedarfe und Präferenzen angepasste, Behandlung von Menschen mit Schizophrenie aus (Empfehlung 132).

41.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und Wohnungslosigkeit sollte beratende Unterstützung bei der Wohnraumsuche angeboten werden und bezüglich der Entscheidung zu Housing First sollten Vor- und Nachteile individuell abgewogen werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen hoch ⊕⊕⊕⊕	Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i> , 29, e169.	
Kumulative stationäre Verweildauer hoch ⊕⊕⊕⊕		
Adhärenz (Medikamente) hoch ⊕⊕⊕⊕	Loubière, S., Lemoine, C., Boucekine, M., Boyer, L., Girard, V., Tinland, A., Auquier, P., & French Housing First Study	

<p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Soziales Funktionsniveau: Wohnstabilität hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Recovery hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentale Gesundheit hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Lebensqualität hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Group (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized <i>Un Chez Soi d'Abord</i> trial. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i>, 31, e14.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 24 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (17 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

Der Empfehlung liegt eine randomisierte klinische Studie aus Frankreich von Tinland et al. (2020) zu Grunde, bei der wohnungslose Erwachsene mit einer schweren psychischen Störung in ein zweijähriges strukturiertes Housing First Programm übernommen wurden mit einer Wohnunterbringung im allgemeinen Wohnungsmarkt zuzüglich finanzieller Mietunterstützung (n = 353). Dabei lag eine Schizophrenie bei ca. 69 %, eine bipolare Störung bei 30 %, eine Drogenabhängigkeit bei 48 % und eine Alkoholabhängigkeit bei ca. 40 % der Betroffenen vor. Daraus geht hervor, dass der überwiegende Anteil der Schizophrenie und bipolar Erkrankten auch eine komorbide Substanzkonsumstörung hatte. Begleitet wurde die Housing First Intervention von einer aufsuchenden psychosozialen Unterstützung, die dem im angloamerikanischen Raum verbreiteten Assertive Community Treatment Ansatz entsprach. In der Kontrollgruppe (n = 350) erhielten wohnungslose Personen mit schweren psychischen Erkrankungen die üblichen Interventionen, darunter aufsuchende Hilfen und Unterkunft in beschützenden Einrichtungen, aber nicht im allgemeinen Wohnungsmarkt und ohne Mietunterstützung. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe hatten weniger stationäre psychiatrische Aufenthaltstage (Mittelwerte 51,8 Tage vs. 83,6 Tage, RR 0,62; 95 %-KI 0,48 bis 0,80), p < 0,001), eine höhere Anzahl von Tagen in stabiler Wohnsituation (142,3 Tage vs. 48 Tage; mittlere Steigung des Anstiegs 116 Tage; 95 %-KI 103 bis 128), niedrigere Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (29 454 € vs. 47 570 €; RR 0,62; 95 %-KI 0,48 bis 0,78) und niedrigere Ausgaben für Wohnungen (Mittelwert 687 € vs. 8 963 €; RR 0,07; 95 %-KI 0,05 bis 0,11). Sie erhielten höhere Wohlfahrtsleistungen (RR 1,10; 95 %-KI 1,03 bis 1,17; p = 0,006). Die Gesamtkosten unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant (p = 0,141). Die Ergebnisse wurden dahingehend interpretiert, dass die Programmkosten für Housing First durch Kostensparnisse in anderen Bereichen kompensiert wurden. In einem Vier-Jahres-Follow Up der Studie (Loubière et al., 2022) konnten signifikante Ergebnisse zugunsten Housing First hinsichtlich der Wohnstabilität - Anzahl der Tage in einer unabhängigen Wohnung (p < 0,001), zur kumulativen stationären Verweildauer (-3,14 (-5,20 bis -1,07), p = 0,003) und zur Lebensqualität bei Schizophrenie gefunden werden (Outcomes: Autonomie (p = 0,004) und Gefühlsleben (p = 0,048)); Lebensqualität-mentaler Score des Short Form -36 (SF-36) Health Survey (-0,78 Punkte (-1,55 bis -0,02), p = 0,046)). Einziger Nachteil war eine leichte Zunahme des Alkoholmissbrauchs in der Interventionsgruppe, der Anstieg

war in der Interventionsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe (1,19 (0,22 bis 2,17), $p = 0,017$). Hinsichtlich der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden (1,13 (0,98 bis 1,30), $p = 0,087$).

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 41)

Nutzen und Schaden:	Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen
In der Evidenz gibt es schwache Hinweise darauf, dass Menschen mit Psychose und Sucht durch Housing First hinsichtlich der kumulativen stationären Verweildauer und der Wohnstabilität (Anzahl der Tage in einer unabhängigen Wohnung) profitieren können. Hierdurch entsteht ein Nutzen (Tinland et al., 2020). Das Follow-up nach 48 Monaten (Loubière et al., 2022) zeigte positive Effekte auf die Wohnungssituation, jedoch zeigte sich in der Interventionsgruppe eine leichte Verschlechterung der Alkoholabhängigkeit, sodass eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung bei Doppeldiagnosen erforderlich ist.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Hoch
Die Gesamtqualität der Evidenz ist hoch. Wir sind uns sehr sicher, dass der wahre Effekt in einer bestimmten Spannweite liegt.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität
Seitens der Betroffenen ist eine hohe Variabilität bezüglich Housing First zu erwarten, da die Präferenzen der Betroffenen sehr unterschiedlich sind. Die meisten Betroffenen dürften eine neue, individuelle Unterbringung in der Nähe ihres vertrauten Wohnumfelds wünschen.	
Ressourcen:	Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden
Die Finanzierung von Housing First Programmen und der darin enthaltenen Mietunterstützung ist in Deutschland derzeit nur im Rahmen von Modellprojekten möglich. Eine Finanzierung im Rahmen von Sozialversicherungsleistungen oder Leistungen der Eingliederungshilfe ist derzeit nicht regelhaft verfügbar. Die Verfügbarkeit von Housing First Programmen im deutschen Versorgungssystem ist limitiert, da das Programm nicht flächendeckend verfügbar ist. Zudem ist Housing First in der Praxis je nach Lage des Wohnungsmarktes in Ermangelung geeigneten Wohnraums häufig örtlich schwierig zu realisieren. Eine enge langfristig ausgelegte Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern aus verschiedenen Unterstützungssektoren und Professionen (medizinische Versorgung, Eingliederungshilfe, Sozialarbeit und Wohneinrichtungen) ist notwendig.	

42.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die wohnungslos sind, sollten die gleichen Interventionen, wie in Kapitel 4 Empfehlung 3 dargestellt (integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam), angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		

<p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Drop Out Rate: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Psychiatrische Symptome (BPRS) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Betroffenensicht: Zufriedenheit mit Behandlung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau: Tage in stabiler Wohnsituation sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 12(12), CD001088.</p> <p>Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. <i>European addiction research</i>, 25(2), 56–67.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 25 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

Das systematische Review von Hunt et al. (2019) wurde, wie Empfehlung 3 aus Kapitel 4, als Grundlage der Empfehlung herangezogen. Zudem wurden aus Hunt et al. (2019) und dem systematischen Review von Penzenstadler et al. (2019) zwei Einzelstudien identifiziert, die sich bei der Frage einer integrierten Behandlung bei Betroffenen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht ausschließlich auf Menschen mit Wohnungslosigkeit beziehen. Das RCT von Essock et al. (2006) verglich eine aufsuchende Behandlung mit dem üblichen Fallmanagement bei 205 Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht; sie ergab nur marginale, teils zentrenspezifische oder nur temporäre Vorteile des ACT hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung oder des Wohnstatus. Eine weitere Studie von Morse et al. (2006) mit 149 wohnungslosen Menschen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht verglich drei Studienarme: Integriertes ACT (Suchtberatung Teil des ACT-Teams), ACT und parallel dazu Suchtberatung durch andere Dienste, und Standardtherapie. Für beide ACT-Gruppen war die Anzahl der Tage in stabiler Wohnsituation größer als in der Kontrollgruppe. Die integrierte Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe zeigten Kostenvorteile gegenüber der „üblichen“ ACT-Gruppe. Zusammenfassend lassen sich dadurch leichte Vorteile der integrierten Behandlung bei Wohnungslosigkeit aufzeigen. Streng genommen gilt diese Aussage nur für die aufsuchende Behandlung, sie lässt sich jedoch aus Sicht der Leitliniengruppe für das deutsche Versorgungssystem, bei dem ACT eher selten angeboten wird, verallgemeinern, zumal generell Evidenz für einen Vorteil der integrierten Behandlung für Sucht und Psychose vorliegt (vgl. Kapitel 4; Empfehlung 3); somit wird die Evidenz in Bezug auf wohnungslose Menschen mit Doppeldiagnose durch die Evidenz in Bezug auf generell Menschen mit Doppeldiagnose unterstützt.

Von der Evidenz zur Entscheidung (Empfehlung 42)

<p>Nutzen und Schaden:</p>	<p>Kleinere Netto-Nutzen oder weniger Unterschied zwischen den Alternativen</p>
-----------------------------------	---

Bei allen Endpunkten zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen der Gruppe der integrierten Versorgung vs. TAU (mit oder ohne Case Management, Hunt et al., 2019). Daher kann ein kleiner Nutzen und kein Schaden festgestellt werden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz:	Niedrig
Die Gesamtqualität der Evidenz ist niedrig. Es gibt schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel beim Risiko für Bias und schwerwiegende bis sehr schwerwiegende Mängel bei der Präzision der Evidenz.	
Wertvorstellungen und Präferenzen:	Keine wesentliche Variabilität erwartet
Wahrscheinlich ist keine hohe Variabilität von Präferenzen der Betroffenen und Angehörigen zur integrierten Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam zu erwarten. Eine gute Kontinuität der Versorgung und Behandlung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam anstelle von wechselnden Behandlern dürfte der Präferenz vieler Betroffener entsprechen. Es kann im Einzelfall Gründe geben, die dagegensprechen.	
Ressourcen:	Wichtige Probleme
Die Ressourcen zur Umsetzung einer integrierten Behandlung können je nach Standort variieren. Wenn die Implementierung einer integrierten Behandlung möglich ist, könnte diese auch kosteneffizienter als eine nicht integrierte Behandlung sein.	

7.8 Behandlung im forensischen Setting

Mehrere große epidemiologische und Registerstudien belegen ein statistisch erhöhtes Risiko für das Begehen einer Gewalttat bei Menschen mit schizophrenen und anderen psychotischen Erkrankungen (Hodgins, 1992, 2002; Wessely et al., 1994; Hodgins et al., 1996; Brennan et al., 2000; Fazel et al., 2009a, 2009b; Stevens et al., 2015; Sariaslan et al., 2020; Fleischmann et al., 2024). Auch bei Menschen mit Substanzkonsumstörungen ist das Risiko für Straf- und Gewalttaten statistisch erhöht (Fazel et al., 2009a; Sariaslan et al., 2020). Selbstverständlich ist nicht alleine die Erkrankung verantwortlich für die Verübung einer Gewalttat. Vielmehr liegt fast immer eine Interaktion bestimmter Symptome der Erkrankung, insbesondere wenn sie unbehandelt ist, mit weiteren bekannten Belastungs- und Risikofaktoren für Aggression und Gewalttätigkeit. Darunter fallen junges Alter, männliches Geschlecht, eine Sozialisation mit Vernachlässigung und eigenen Gewalterfahrungen, soziale Isolation, Armut und Wohnungslosigkeit (DGPPN, 2025b).

Das Risiko, eine Gewalttat zu begehen, steigt bei Menschen mit Psychose deutlich an, wenn zusätzlich eine komorbide Substanzkonsumstörung vorliegt (Wessely et al., 1994; Fazel et al., 2009b; Van Dorn et al., 2012; Witt et al., 2013; Flynn et al., 2021; Fleischmann et al., 2024; Lagerberg et al., 2025). Manche Analysen sprechen dafür, dass die Substanzkonsumstörung der entscheidende Mediator zwischen der Diagnose Schizophrenie und dem Begehen von Gewalttaten sein könnte (Fazel et al., 2009a, 2009b). Wenn die Erkrankten in Behandlung sind, sinkt hingegen das Risiko für Gewalttaten deutlich (Witt et al., 2013; Lagerberg et al., 2025). Eine Zusammenfassung der aktuell vorliegenden Evidenz aus wissenschaftlichen Studien findet sich im Positionspapier der DGPPN zur Prävention von Gewalttaten bei psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2025c).

Aufgrund der skizzierten Risikokonstellation ist die Prävalenz von Substanzkonsumstörungen in spezialisierten Settings wie in Haft- und forensischen Einrichtungen besonders hoch. Dies konnte bereits in

der frühen Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studie aus den USA gezeigt werden, bei der die Lebenszeitprävalenz von Substanzkonsumstörungen bei Menschen mit Psychose im Gefängnis 90 % betrug (Regier et al., 1990). In einer neueren systematischen Übersicht lag bei Gefängnispopulationen die Punktprävalenz für Doppeldiagnosen (nicht-affektive Psychosen und Suchterkrankung) bei 3,5 %, wobei die Hälfte der von einer nicht-affektiven Psychose aktuell Betroffenen eine Doppeldiagnose aufwies (Baranyi et al., 2022). In einer weiteren systematischen Übersicht lag die 6-Monats-Prävalenz psychotischer Störungen bei Gefängnisinsass*innen bei 3,7 % und die Komorbidität für Suchterkrankungen betraf ebenfalls die Hälfte der Psychose-Erkrankten (Favril et al., 2024). Für den Bereich des Maßregelvollzugs zeigten Untersuchungen aus Deutschland und der Schweiz, dass ca. 75 % der Patient*innen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien eine komorbide Substanzkonsumstörung haben (Kutscher et al., 2009; Kivimies et al., 2012; Patterson et al., 2021).

Zur Therapie von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht in der Forensischen Psychiatrie liegen keine kontrollierten Studien vor. Aufgrund der hohen Relevanz der Komorbidität für die Prognose und Resozialisierungschancen der Betroffenen wurden zwei Empfehlungen auf Basis von Expert*innenkonsens entwickelt. Diese greifen die Prävention von Fremdgefährdung als Anlass für eine Unterbringung im Maßregelvollzug auf, und sie tragen den besonderen Bedarfen der von der Komorbidität Psychose und Sucht Betroffenen im Setting des Maßregelvollzugs Rechnung.

43.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten niedrigschwellige, aufsuchende und bedarfsadaptierte Beratungs- und Behandlungsangebote gemacht werden, auch zur Prävention von Fremdgefährdung.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

In der Empfehlung 43 wird zusätzlich zu anderen Zielen auch der Gedanke der Prävention von Fremdgefährdung dadurch berücksichtigt, dass Menschen mit der Komorbidität von Psychose und Sucht niedrigschwellige, aufsuchende und bedarfsadaptierte Beratung- und Behandlungsangebote gemacht werden sollten. Derzeit sind keine spezifischen Programme aus Studien bekannt, die sich speziell mit dieser Gruppe von Betroffenen mit Doppeldiagnose hinsichtlich der Frage der Prävention von Fremdgefährdung beschäftigt haben.

Für Menschen mit schweren psychischen Störungen, bei denen aus der Vorgeschichte bereits Hinweise auf Aggressivität und Fremdgefährdung mit Potential zur Forensifizierung bestehen, gibt es Ansätze für zusätzliche Strukturen für integrierte Beratungs- und Behandlungsangebote mit dem Ziel der Gewaltprävention, die außerhalb der Gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden. Am weitesten ist hier das Bundesland Bayern mit seinen Präventionsstellen (Nitschke et al. 2018, 2020), vergleichbare Angebote werden derzeit auch in anderen Bundesländern wie Hessen, Hamburg und Berlin aufgebaut (DGPPN, 2025c). Die Tätigkeit der Präventionsstellen ist zwar nicht speziell auf Betroffene mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht zugeschnitten, ein großer Teil der dort betreuten Menschen weist aber genau diese Risikokonstellation auf.

In Analogie zur Wirksamkeit der integrierten Sucht- und Psychosebehandlung „aus einer Hand“ außerhalb des Maßregelvollzugs kann davon ausgegangen werden, dass auch in der Prävention von Fremdgefährdung Angebote, die sowohl die Sucht- als auch die Psychose-Erkrankung in einem Setting durch das gleiche Team ansprechen, akzeptabler und wirksamer als fraktionierte Angebote sind.

44.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten bei Versorgung in forensischen Abteilungen spezialisierte, integrierte und multiprofessionelle Komplexbehandlungsleistungen für beide Erkrankungsbereiche angeboten werden. Es sollte auf die Besonderheiten durch die Zusammenhänge der beiden Störungsbilder eingegangen werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Bei der Versorgung von Betroffenen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht im Maßregelvollzug werden erfahrungsgemäß in der Regel die beiden Störungsbilder getrennt angesprochen. Hier ist der Expert*innenkonsens dahingehend eindeutig, dass für Menschen mit dieser Doppeldiagnose spezialisierte, integrierte und multiprofessionelle Komplexbehandlungsleistungen erforderlich sind, die auf die Besonderheiten der Zusammenhänge der beiden Störungsbilder eingehen. Mit Multiprofessionalität ist dabei gemeint, dass medizinische, psychotherapeutische, pflegerische und sozialarbeiterische Perspektiven berücksichtigt werden. Die Empfehlung weitet daher auf dem Hintergrund der entsprechenden Empfehlung 3 zur Bevorzugung integrierter Behandlungskonzepte bei Doppeldiagnose Sucht und Psychose aus Kapitel 4 diese Empfehlung auf den Maßregelvollzug aus. Damit soll sichergestellt werden, dass die besonderen Bedarfe der Betroffenenengruppe auch im Maßregelvollzug berücksichtigt werden.

Unklar ist noch, welche konkreten Ausgestaltungen der Behandlungsformen am effektivsten zur sozialen Reintegration und zur Prävention von erneuter Fremdgefährdung sind. Dabei sind die verschiedenen Therapieelemente (psychopharmakologische Behandlung, psychotherapeutische Versorgung und Soziale Arbeit) zu differenzieren und Aspekte der Versorgungssteuerung und -koordination sind zu beachten. Forschungsbedarf besteht daher zu Fragen der optimalen Vorgehensweise zur gesellschaftlichen Reintegration nach Entlassung aus Einrichtungen des Maßregelvollzugs und der Prävention künftiger Fremdaggression sowie künftiger Straftaten. Da randomisierte kontrollierte Studien in diesem Setting kaum möglich sind, wären wissenschaftliche Begleitevaluationen bei pragmatischen Implementierungsstudien wahrscheinlich ein nächster Schritt.

Aus Deutschland liegt eine Beschreibung eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenpsychotherapieansatzes für forensisch untergebrachte Personen mit der Komorbidität Psychose und Sucht vor („Die Forensische Doppeldiagnosen-Gruppe“, Hufnagel, 2015). Ursprünglich in der Allgemeinpsychiatrie konzipierte und dort erprobte Manuale (s. Abschnitte 6.1 und 6.3) wurden für die

Besonderheiten des forensischen Klientel und Settings angepasst, um ein Modul Deliktrückfallprävention ergänzt und in einer rehabilitativ ausgerichteten Station des Maßregelvollzugs als Gruppentraining mit 42 Sitzungen über ein Jahr erprobt. Die Patienten waren in einem fortgeschrittenen Therapiestadium und sie hatten bereits eine Lockerungsstufe, die ihnen erlaubte sich stundenweise frei auf dem Klinikgelände und teilweise auch darüber hinaus zu bewegen. Es wurde insgesamt über gute Erfahrungen mit dem Therapieangebot berichtet (kontinuierliche Teilnahme an der Gruppe, Wissenszuwachs, Reduktion der subjektiven Belastung durch die Symptomatik der Psychose, Sensibilisierung über deliktrückfallrelevante Faktoren und keine Drogenrückfälle).

7.9 Literaturverzeichnis

- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines—An estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 577–584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Au, R. T., Hotham, E., & Suppiah, V. (2023). Guidelines and treatment for illicit drug related presentations in emergency departments: A scoping review. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 31(5), 625–634. <https://doi.org/10.1177/10398562231191671>
- Balsa, A. I., Homer, J. F., Fleming, M. F., & French, M. T. (2008). Alcohol consumption and health among elders. *The Gerontologist*, 48(5), 622–636. <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.622>
- Baranyi, G., Fazel, S., Langerfeldt, S. D., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e557–e568. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00093-7)
- Bell, R., & Pallauf, M. (2018). Die Brøset-Gewalt-Checkliste zur Einschätzung des aktuellen Aggressionspotenzials bei Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. *HBScience* 9, 16–27. <https://doi.org/10.1007/s16024-018-0313-7>
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 494–500. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.6.494>
- Brunette, M. F., & Drake, R. E. (1997). Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive psychiatry*, 38(2), 109–116. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90090-0](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90090-0)
- Brunette, M., & Drake, R. E. (1998). Gender differences in homeless persons with schizophrenia and substance abuse. *Community mental health journal*, 34(6), 627–642. <https://doi.org/10.1023/a:1018719203165>
- Casanovas, F., Fonseca, F., & Mané, A. (2023). Substance use Specificities in Women with Psychosis: A Critical Review. *Current neuropharmacology*, 21(9), 1953–1963. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666221129113942>
- Caton, C. L., Xie, H., Drake, R. E., & McHugo, G. (2014). Gender differences in psychotic disorders with concurrent substance use. *Journal of dual diagnosis*, 10(4), 177–186. <https://doi.org/10.1080/15504263.2014.961882>

- Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 248–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Version 2.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2019). S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-023> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025a). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020> (Zugriffsdatum 15.01.2026)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025b). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. Version 4.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> (Zugriffsdatum 23.10.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2025c). Positionspapier: Prävention von Gewalttaten - Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen? Juni 2025, Verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/07015cc0a64c202f1dc4c9fdb4348fcbefdb8710/DGPPN_Positionspapier_Pr%C3%A4vention%20von%20Gewalttaten_07072025_web.pdf (Zugriffsdatum 22.10.2025)
- Dickens, G. L., O'Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 104, 103526. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526>
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2016). S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen. Verfügbar: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/42b731d6180ceeaceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00783.x>
- Engstrom, K., Mattson, A. E., Mara, K., Silva, L. O. J. E., Bellolio, F., Jeffery, M. M., Stanich, J., & Brown, C. S. (2023). Safety and effectiveness of benzodiazepines and antipsychotics for agitation in older adults in the emergency department. *The American journal of emergency medicine*, 67, 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.02.032>
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F., & Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case

- management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(2), 185–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.185>
- Farrow, J. E., DelBello, M. P., Patino, L. R., Blom, T. J., & Welge, J. A. (2024). A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Adjunctive Topiramate in Adolescents With Co-Occurring Bipolar and Cannabis Use Disorders. *JAACAP open*, 2(4), 290–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2024.08.002>
- Favril, L., Rich, J. D., Hard, J., & Fazel, S. (2024). Mental and physical health morbidity among people in prisons: An umbrella review. *The Lancet Public Health*, 9(4), e250–e260. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00023-9)
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009a). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009b). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301(19), 2016–2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.669>
- Fleetwood, K. J., Wild, S. H., Licence, K. A. M., Mercer, S. W., Smith, D. J., Jackson, C. A., & Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group (2023). Severe Mental Illness and Type 2 Diabetes Outcomes and Complications: A Nationwide Cohort Study. *Diabetes care*, 46(7), 1363–1371. <https://doi.org/10.2337/dc23-0177>
- Fleischman, A., Werbeloff, N., Yoffe, R., et al. (2014). Schizophrenia and violent crime: A population-based study. *Psychological Medicine*, 44(14), 3051–3057. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000974>
- Flynn, S., Ibrahim, S., Kapur, N., Shaw, J., & Appleby, L. (2021). Mental disorder in people convicted of homicide: Long-term national trends in rates and court outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 218(2), 210–216. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.216>
- Gaughran, F., Stahl, D., Ismail, K., Greenwood, K., Atakan, Z., Gardner-Sood, P., Stubbs, B., Hopkins, D., Patel, A., Lally, J., Lowe, P., Arbutnot, M., Orr, D., Corlett, S., Eberhard, J., David, A. S., Murray, R., Smith, S., & IMPaCT Team (2017). Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPaCT). *BMC psychiatry*, 17(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1571-0>
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., Alberich, S., Bernardo, M., Vieta, E., de Pablo, G. S., & González-Pinto, A. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7325. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127325>
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K., & Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 18(8), e1003750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 476–483. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820060072011>
- Hodgins, S. J., & C-G, S. (2002). Criminology and violence among the mentally disordered. The Stockholm Project Metropolitan. *Cambridge University Press*.

- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., et al. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 489–496. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060069012>
- Hufnagel, S. (2015). Entwicklung, Durchführung und Evaluation einer Gruppenpsychotherapie für forensisch untergebrachte Patient_innen mit der Komorbidität Schizophrenie und Sucht (gem. ICD-10): Die Forensische-Doppeldiagnosen-Gruppe. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines doctor rerum medicinalium der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. <https://d-nb.info/1073166872/34>
- Huhn, M., Hastreiter, L., & Brückner, T. (2025). Behandlung akuter Erregungszustände: Evidenz im klinischen Kontext [Therapy of acute agitation: evidence in the clinical context]. *Nervenheilkunde*, 44(09), 544-554. <https://doi.org/10.1055/a-2660-3143>
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD001088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Irving, J., Colling, C., Shetty, H., Pritchard, M., Stewart, R., Fusar-Poli, P., McGuire, P., & Patel, R. (2021). Gender differences in clinical presentation and illicit substance use during first episode psychosis: a natural language processing, electronic case register study. *BMJ open*, 11(4), e042949. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042949>
- Jia, N., Li, Z., Li, X., Jin, M., Liu, Y., Cui, X., Hu, G., Liu, Y., He, Y., & Yu, Q. (2022). Long-term effects of antipsychotics on mortality in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 44(6), 664–673. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2306>
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2012). The substance use among forensic psychiatric patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4), 273–277. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.643972>
- Kerfoot, K. E., Petrakis, I. L., & Rosenheck, R. A. (2011). Dual Diagnosis in an Aging Population: Prevalence of Psychiatric Disorders, Comorbid Substance Abuse, and Mental Health Service Utilization in the Department of Veterans Affairs. *Journal of dual diagnosis*, 7(1-2), 4–13. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.568306>
- Kozak, K., H Smith, P., Lowe, D. J. E., Weinberger, A. H., Cooper, Z. D., Rabin, R. A., & George, T. P. (2021). A systematic review and meta-analysis of sex differences in cannabis use disorder amongst people with comorbid mental illness. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(5), 535–547. <https://doi.org/10.1080/00952990.2021.1946071>
- Kutscher, S., Schiffer, B., & Seifert, D. (2009). Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§63 StGB) Nordrhein-Westfalens - Entwicklungen und Patientencharakteristika. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 77(2), 91–96. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109080>
- Lagerberg, T., Lambe, S., Paulino, A., et al. (2025). Systematic review of risk factors for violence in psychosis: 10-year update. *The British Journal of Psychiatry*, 226(2), 100–107.
- Lindenfeld, Z., Chen, K., Kapur, S., & Chang, J. E. (2024). Comparing Rates of Undiagnosed Hypertension and Diabetes in Patients With and Without Substance Use Disorders. *Journal of general internal medicine*, 39(9), 1632–1641. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08718-6>
- Loubière, S., Lemoine, C., Boucekine, M., Boyer, L., Girard, V., Tinland, A., Auquier, P., & French Housing First Study Group (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness:

- extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized *Un Chez Soi d'Abord* trial. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e14. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000026>
- Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J., Russell, V., Waddington, J. L., & O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia research*, 143(1), 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.018>
- Martel, M. L., Driver, B. E., Miner, J. R., Biros, M. H., & Cole, J. B. (2021). Randomized Double-blind Trial of Intramuscular Droperidol, Ziprasidone, and Lorazepam for Acute Undifferentiated Agitation in the Emergency Department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 28(4), 421–434. <https://doi.org/10.1111/acem.14124>
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Dean Klinkenberg, W., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R. E., Yonker, R. D., Lama, G., Lemming, M. R., & McCudden, S. (2006). Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: costs and outcomes. *Community mental health journal*, 42(4), 377–404. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9050-y>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people (CG120). Verfügbar: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109783/pdf/Bookshelf_NBK109783.pdf (Zugriffsdatum 01.09.2025); zuletzt aktualisiert: 07.05.2024.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). Bipolar disorder: assessment and management (CG185). Verfügbar: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). Coexisting severe mental illness and substance misuse (QS188). Verfügbar: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs188> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2024). Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early value assessment (HTE17). Verfügbar: <https://www.nice.org.uk/guidance/hte17> (Zugriffsdatum 01.09.2025)
- Nguyen, J., Lee, S., Ankrah, D., & Knox, E. (2022). Evaluating the impact of an emergency department protocol that guides management of methamphetamine-induced agitation and psychosis. *The mental health clinician*, 12(1), 9–14. <https://doi.org/10.9740/mhc.2022.01.009>
- Nitschke, J., Sünkel, Z., & Mokros, A. (2018). Forensic preventive assertive community treatment: Pilot project to prevent violent crimes in the context of psychiatric disorders [Forensisch präventive assertive Gemeinschaftsbehandlung: Pilotprojekt zur Verhinderung von Gewaltdelikten im Kontext psychiatrischer Erkrankungen]. *Der Nervenarzt*, 89(10), 1054–1062. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0530-4>
- Nitschke, J., Sünkel, Z., & Mokros, A. (2020). The forensic preventive outpatient clinic in Ansbach: Evaluation of the model project for treatment of psychiatric risk patients [Die forensisch präventive Ambulanz Ansbach: Evaluation des Modellprojekts zur Behandlung psychiatrischer Risikopatienten]. *Der Nervenarzt*, 91(5), 439–445. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00868-3>
- Onyeka, I. N., , MBBS, MBA, PhD, Collier Høegh, M., , MSc, Nådeim Eien, E. M., , Cand.Mag, Nwaru, B. I., , MPhil, PhD, & Melle, I., , MD, PhD (2019). Comorbidity of Physical Disorders Among Patients

- With Severe Mental Illness With and Without Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of dual diagnosis*, 15(3), 192–206. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1619007>
- Patterson, A., Sonnweber, M., Lau, S., et al. (2021). Schizophrenia and substance use disorder: Characteristics of coexisting issues in a forensic setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108850. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108850>
- Pence, A. Y., Pries, L. K., Ferrara, M., Rutten, B. P. F., van Os, J., & Guloksuz, S. (2022). Gender differences in the association between environment and psychosis. *Schizophrenia research*, 243, 120–137. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.02.039>
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European addiction research*, 25(2), 56–67. <https://doi.org/10.1159/000496742>
- Prieto-Arenas, L., Díaz, I., & Arenas, M. C. (2022). Gender Differences in Dual Diagnoses Associated with Cannabis Use: A Review. *Brain sciences*, 12(3), 388. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030388>
- Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N. N., Wilms, N., Olderbak, S., & Kraus, L. (2022). The use of psychoactive substances in Germany—Findings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse 2021. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(35-36), 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>
- Razzano, L. A., Cook, J. A., Yost, C., Jonikas, J. A., Swarbrick, M. A., Carter, T. M., & Santos, A. (2015). Factors associated with co-occurring medical conditions among adults with serious mental disorders. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.021>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>
- Richards, J. R., Albertson, T. E., Derlet, R. W., Lange, R. A., Olson, K. R., & Horowitz, B. Z. (2015). Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: a systematic clinical review. *Drug and alcohol dependence*, 150, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.040>
- Rognli, E. B., Taipale, H., Hjorthøj, C., Mittendorfer-Rutz, E., Bramness, J. G., Heiberg, I. H., & Niemelä, S. (2023). Annual incidence of substance-induced psychoses in Scandinavia from 2000 to 2016. *Psychological medicine*, 53(11), 5246–5255. <https://doi.org/10.1017/S003329172200229X>
- Roncero, C., Ros-Cucurull, E., Grau-López, L., Fadeuilhe, C., & Casas, M. (2016). Effectiveness of inhaled loxapine in dual-diagnosis patients: A case series. *Clinical Neuropharmacology*, 39(4), 206–209. <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000153>
- Sariaslan, A., Arseneault, L., Larsson, H., et al. (2020). Risk of subjection to violence and perpetration of violence in persons with psychiatric disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 77(4), 359–367. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4205>
- Schoeler, T., Ferris, J., & Winstock, A. R. (2022). Rates and correlates of cannabis-associated psychotic symptoms in over 230,000 people who use cannabis. *Translational psychiatry*, 12(1), 369. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02112-8>

- Shaper, A. G., Wannamethee, G., & Walker, M. (1988). Alcohol and mortality in British men: explaining the U-shaped curve. *Lancet (London, England)*, 2(8623), 1267–1273. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)92890-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)92890-5)
- Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. *Journal of substance abuse treatment*, 46(3), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.09.006>
- Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(8), 1627–1636. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002832>
- Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological medicine*, 45(13), 2839–2848. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000793>
- Stevens, H., Laursen, T. M., Mortensen, P. B., et al. (2015). Post-illness-onset risk of offending across the full spectrum of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 45(12), 2447–2457. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000596>
- Taipale, H., Tanskanen, A., Mehtälä, J., Vattulainen, P., Correll, C. U., & Tiihonen, J. (2020). 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 61–68. <https://doi.org/10.1002/wps.20699>
- Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e169. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000785>
- Torrens-Melich, M., Orengo, T., Rodríguez de Fonseca, F., Almodóvar, I., Baquero, A., & Benito, A. (2021). Gender Perspective in Dual Diagnosis. *Brain sciences*, 11(8), 1101. <https://doi.org/10.3390/brainsci11081101>
- Uribe, E. S., Rodríguez, C. A. B., Juárez, M. E. N., Juárez, S. M., Lucio, R. H., Guzmán, K. E. R., & Carrillo, L. C. L. (2025). "Pharmacological management of acute agitation in psychiatric patients: an umbrella review". *BMC psychiatry*, 25(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06426-3>
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0376-0>
- Wessely, S. C., Castle, D., Douglas, A. J., et al. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24(3), 483–502. <https://doi.org/10.1017/S0033291700028131>
- Westman, J., Eberhard, J., Gaughran, F. P., Lundin, L., Stenmark, R., Edman, G., Eriksson, S. V., Jedenius, E., Rydell, P., Overgaard, K., Abrams, D., Greenwood, K. E., Smith, S., Ismail, K., Murray, R., & Ösby, U. (2019). Outcome of a psychosocial health promotion intervention aimed at improving

physical health and reducing alcohol use in patients with schizophrenia and psychotic disorders (MINT). *Schizophrenia research*, 208, 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.03.026>

Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>

8 Qualitätssicherung

8.1 Allgemeines

Qualität in der Gesundheitsversorgung kann definiert werden als das Ausmaß, in dem die erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen bestimmte vordefinierte Standards erfüllen und zu den gewünschten Zielen führen. Diese möglichen Standards und Ziele sind so weit wie möglich evidenzbasiert und entspringen einem gesellschaftlichen, professionellen oder trialogischem Konsens.

Während davon ausgegangen wird, dass in Deutschland bereits ein relativ hohes Maß an Strukturqualität vorhanden ist, liegt der Fokus der Qualitätssicherung meist auf der Prozess- und Ergebnisqualität und insbesondere auf Qualitätsaspekten wie Sicherheit, Wirksamkeit, Patient*innenorientierung, Zeitnähe, Effizienz und Gerechtigkeit (Großimlinghaus et al., 2017).

Leitlinien sind Instrumente in der evidenzbasierten Qualitätssicherung der Versorgung und fokussieren hauptsächlich auf die Prozessqualität. Nach einer systematischen, methodisch hochwertigen Entwicklung von Leitlinien, ist wichtig, dass sie in der klinischen Praxis mit den richtigen Methoden disseminiert und implementiert werden. Aktive Disseminierungs- und Implementierungs-Maßnahmen unter Einbeziehung der Behandelnden sind am effektivsten (Nothacker et al., 2014; Schnorr et al., 2010). Die Disseminierung kann beispielsweise über Fort- und Weiterbildungen erfolgen. Die Implementierung kann wiederum durch Zertifizierungsverfahren, Peer Review Verfahren, Qualitätszirkel und klinikinterne Behandlungspfade unterstützt werden (Nothacker et al., 2014; Ovretveit, 2005).

Während ein breiter Konsens darüber besteht, dass Leitlinien wichtige Mittel für informierte, evidenz- und konsensbasierte Entscheidungen in der Versorgung sind, ist die Evidenzbasis für deren Durchdringung und Wirksamkeit in der Versorgung noch unzureichend. Ein Cochrane Review von Bighelli et al. (2016) zur Implementierung von Leitlinien bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ergab, dass die Evidenzbasis zu Methoden der Leitlinienimplementierung noch schwach ist. Ebenfalls war es nicht möglich eine sichere Aussage zu den Effekten der Leitlinienimplementierung auf Outcomes von Menschen mit Schizophrenie und den Behandelnden zu treffen, wobei die wenigen verfügbaren, eher kleineren Studien, methodische Einschränkungen hatten (Bighelli et al., 2016). In einer deutschen Implementierungsstudie der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018) wurde überprüft, ob die Empfehlungen der Leitlinie in den psychiatrischen Stationsalltag implementiert werden können und zu einer verbesserten Leitlinienkonformität führen (Bechdorf et al., 2022). Überprüft wurde der Grad der Implementierung von 12 selektierten Empfehlungen mittels eines selbst entwickelten Evaluierungsinstruments, des Prevention of Violence and Coercion (PreVCo)-Rating-Instruments, in einem Prä-Post Vergleich mit einer Dauer von 12 Monaten. Hierbei wurde festgestellt, dass die Implementierung der Empfehlungen über sogenannte externe Implementierungsberater*innen machbar war, von den stationären Behandlungsteams als hilfreich erachtet wurde und grundsätzlich zu positiven Veränderungen führte, wobei ein auf Stationsebene angepasster Implementierungsprozess unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen am vielversprechendsten war (Bechdorf et al., 2022). Weiterhin wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie überprüft, ob sich die Leitlinienimplementierung positiv auf die Anzahl der Zwangsmaßnahmen auswirkte (Steinert et al. 2023). Im Interventionszeitraum von 12 Monaten sank die Anzahl der Zwangsmaßnahmen auf den Interventionsstationen um 45% (Median 0,96 (Interquartile Range (IQR) 1,34) – 0,53 (IQR 0,59) und auf den Kontrollstationen um 28% (Median 0,98 (IQR 1,71) – 0,71 (IQR 1,08). Obwohl die Gruppenunterschiede das Signifikanzniveau verfehlten (Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett sowie kumulative Dauer) sprechen die

Ergebnisse dafür, dass gezielte Implementierungsmaßnahmen von Leitlinien nicht nur zu einer Verbesserung der Durchdringung, sondern auch zu einer Verbesserung der Versorgung führen können (Steinert et al. 2023).

Die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen kann gezielt mittels Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren überprüft werden (IQTiG, 2024). Qualitätsmerkmale sind dabei wie folgt definiert: „Eigenschaft der Versorgung (z. B. Erlangen von Gehfähigkeit, Information über alternative Behandlungsmöglichkeiten), die mit Anforderungen (z. B. ein möglichst hoher Anteil gehfähiger Patientinnen und Patienten nach Operation) verknüpft ist“ (IQTiG, 2024, S. 196). Durch einen Qualitätsindikator wird ein Qualitätsmerkmal operationalisiert und mit einem gewünschten Erfüllungsgrad verknüpft (IQTiG, 2024). Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren verbessern nicht nur die Transparenz der Versorgung, vielmehr können sie auch Anreize für qualitätssichernde Maßnahmen bieten (Großimlinghaus et al., 2017; Lehmann et al., 2023). Das Messen von Qualitätsindikatoren wird bereits von einzelnen psychiatrischen Klinikverbänden proaktiv umgesetzt und es werden positive Steuerungsanreize in der Versorgung berichtet (Belling und Bender, 2016; Lehmann et al., 2023).

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind Qualitätsindikatoren für psychische Störungen zwar noch nicht flächendeckend implementiert; in dem sich in Entwicklung befindenden Qualitätssicherungsverfahren zu Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD-10 Code F2) wird allerdings der Aspekt der Komorbidität mit Sucht berücksichtigt: So ist beim externen Qualitätssicherungsverfahren ein Indikator zum quartalsweisen Monitoring des Konsums von Alkohol und Drogen bei Menschen mit einer Psychose (F2-Diagnose) abgebildet (IQTiG, 2019). Zudem ist geplant, dass in den validierten Patient*innenfragebögen für die Behandlung im Krankenhaus, in der Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. in der Arztpraxis abgefragt wird, ob bei dem/der Betroffenen eine komorbide Suchterkrankung mitbehandelt wurde (<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-schizophrenie/>).

8.2 Mögliche Qualitätsmerkmale für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht

Im Folgenden wurden zunächst aus Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie Qualitätsmerkmale abgeleitet, mit denen die Konformität der Versorgung mit diesen Empfehlungen gemessen werden kann.

Damit diese Messgrößen als Qualitätsindikatoren gelten, müssen sie verschiedenen methodischen Anforderungen der Kriterien Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität genügen (Reiter et al., 2007). Für eine methodisch hochwertige Entwicklung von Qualitätsindikatoren sollten diese Anforderungen mit dem QUALIFY Instrument strukturiert bewertet und die Qualitätsindikatoren sollten anschließend konsentiert werden (vgl. mit Entwicklungsprozess der DGPPN- Qualitätsindikatoren: Großimlinghaus et al., 2013). Im Rahmen der Leitlinienentwicklung konnte dieser systematische, multidisziplinäre Entwicklungsprozess aus Zeitgründen nicht vollständig umgesetzt werden.

In Tabelle 1 sind alle evidenzbasierten Empfehlungen mit einem hohen Empfehlungsgrad („Soll“-Empfehlungen) eingetragen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Empfehlungen eine hohe Relevanz für die Versorgung erzielen sollten. Die Qualitätsmerkmale sind zur Verbesserung der Praktikabilität so formuliert, dass sie, wenn möglich, entgegen der Formulierung der Empfehlungen nicht nur ein „Angebot“ für eine Therapieoption oder Behandlungsstruktur messen, sondern den tatsächlichen Erhalt.

Reine Angebote lassen sich nur schwer über vorhandene Abrechnungsdaten oder klinische Dokumentationen erfassen, der tatsächliche Erhalt dagegen schon eher.

Das Ziel dieser Messgrößen ist in erster Linie deren Einsatz in der internen Qualitätssicherung. Die Messungen können Transparenz über den Stand der Versorgung von Menschen mit der Komorbidität von Psychose und Sucht schaffen. Hierdurch können der Status Quo ermittelt, und, wenn nötig, Verbesserungsmaßnahmen klinik- bzw. unternehmensintern abgeleitet werden. In einem weiteren Schritt wäre eine Einbindung in eine externe Qualitätssicherung wünschenswert, allerdings müssten hierfür zunächst die erforderlichen Voraussetzungen in elektronischen Dokumentationssystemen geschaffen werden, damit die Erfassung praktikabel wird.

Tabelle 1: Empfehlungsbasierte Messgrößen/Qualitätsmerkmale

Empfehlung (Empfehlungsgrad, Konsensstärke)	Messgröße	Eigenschaften
<p>Empfehlung 26 Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen motivierende Gespräche nach den Prinzipien des MI mit dem Ziel der Steigerung der Motivation für eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz angeboten werden. (Starke Empfehlung (A), Konsens 86%)</p>	<p>Zähler: Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die motivierende Gespräche nach den Prinzipien des MI erhalten</p> <p>Nenner: Alle Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessqualität • Zeitraum: mind. ein Quartal • Versorgungssetting: ambulant und stationär • Praktikabilität: eingeschränkt: Zusatzerhebung der Motivierenden Gespräche erforderlich
<p>Empfehlung 30 Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll eine Familienintervention im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. (Starke Empfehlung (A), starker Konsens 100%)</p> <p>Sie sollte vorzugsweise spezifisch auf die Doppeldiagnose ausgerichtet sein.</p>	<p>Zähler: Anzahl der Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die eine Familienintervention erhalten</p> <p>Nenner: Alle Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessqualität • Zeitraum: mind. ein Quartal • Versorgungssetting: ambulant und stationär • Praktikabilität: eingeschränkt, ggf. Zusatzerhebung der Familienintervention erforderlich

(Schwache Empfehlung (B), starker Konsens 100%)		
<p>Empfehlung 31 Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden.</p> <p>(Starke Empfehlung (A), starker Konsens 100%)</p> <p>Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.</p>	<p>Zähler: Anteil der Menschen mit der Komorbidität Schizophrenie (F2) und Sucht mit anhaltenden Negativsymptomen, die ein Training Sozialer Fertigkeiten, das über mehrere Monate läuft, erhalten</p> <p>Nenner: Alle Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessqualität • Zeitraum: mind. mehrere Monate • Versorgungssetting: ambulant und stationär • Praktikabilität: eingeschränkt, ggf. Zusatzerhebung des Trainings Sozialer Fertigkeiten sowie der anhaltenden Negativsymptome erforderlich
<p>Empfehlung 32 Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die im Rahmen der Psychose Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse aufweisen (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) soll Kognitive Remediation angeboten werden.</p> <p>(Starke Empfehlung (A), starker Konsens 100%)</p>	<p>Zähler: Anteil der Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die eine Kognitive Remediation erhalten</p> <p>Nenner: Alle Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessqualität • Zeitraum: mind. zwei Quartale • Versorgungssetting: ambulant und stationär • Praktikabilität: eingeschränkt, Zusatzerhebung der Kognitiven Remediation erforderlich

Darüber hinaus können anhand der weiteren Empfehlungen dieser Leitlinie wichtige Qualitätsmerkmale auf Einrichtungsebene definiert werden, die für die Behandlung von Menschen mit der Doppeldiagnose bedeutsam sind. Aus Expert*innensicht hätten die folgenden Qualitätsmerkmale eine hohe Relevanz:

- Regelmäßiges aktives Abfragen psychotischer Symptome bei Menschen mit riskantem Konsum oder Substanzkonsumstörung sowie ggf. Einleitung differentialdiagnostischer Schritte (Bezug zu Empfehlung 1)
- Regelmäßiges aktives Abfragen von Substanzkonsum bei Menschen mit Psychose (Schizophrenie, Bipolare Störung) (Bezug zu Empfehlung 2)
- Vorhalten eines Settings/Behandlungsteams für eine integrierte Behandlung der Psychose und Substanzkonsumstörung aus einer Hand durch ein Behandlungsteam (sowohl für a) Erwachsene als auch für b) Jugendliche, c) Menschen, die wohnungslos sind, und für d) Menschen, die sich in forensischen Abteilungen befinden) (Bezug zu Empfehlungen 3, 38, 42 und 44)
- Vorhalten eines Case Management zur Behandlungscoordination bei einer parallelen oder sequentiellen Behandlung, wenn eine integrierte Psychose- und Suchtbehandlung nicht möglich ist (Bezug zu Empfehlung 4)
- Vorhalten aufsuchender Angebote im Rahmen der Behandlung (Bezug zu Empfehlung 6)
- Angebot psychotherapeutischer und psychosozialer Therapien, die im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans über eine mindestens sechsmonatige Dauer individualisiert, stadiengerecht und möglichst settingübergreifend eingesetzt werden (Bezug zu Empfehlungen 23 und 35)
- Angebot einer Familienintervention, die vorzugsweise auf die Doppeldiagnose ausgerichtet ist (Bezug zu Empfehlung 31)

Schließlich erscheinen noch folgende Qualitätsmerkmale auf Systemebene bedeutsam:

- Vorhalten spezieller Beratungs- und Unterstützungsangebote bei der Wohnraumsuche für Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und Wohnungslosigkeit (Bezug zu Empfehlung 41)
- Vorhalten spezieller Strukturen für integrierte Beratungs- und Behandlungsangebote mit dem Ziel der Gewaltprävention (z.B. in Form von Gewaltpräventionsstellen) (Bezug zu Empfehlung 43)

8.3 Literaturverzeichnis

- Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Weinmann, S., Baumgardt, J., Kampmann, M., Sauter, D., Jaeger, S., Walter, G., Mayer, M., Löhr, M., Schulz, M., Gather, J., Ketelsen, R., Aßfalg, R., Cole, C., Vandamme, A., Mahler, L., Hirsch, S., Steinert, T. (2023). DGPPN-Pilotstudie zur Implementierung der S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". [DGPPN pilot study on the implementation of the S3 guideline "Prevention of coercion: prevention and therapy of aggressive behavior in adults"] *Nervenarzt*, 93: 450-458. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01242-6>
- Belling, R., & Bender, M. (2016). Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. *F&W*, 1, 48-52.

- Bighelli, I., Ostuzzi, G., Girlanda, F., Cipriani, A., Becker, T., Koesters, M., & Barbui, C. (2016). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD009780. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009780.pub3>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang. Version 2.0. Verfügbar: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022> (Zugriffsdatum: 17.10.2025)
- Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Janssen, B., Reich-Erkelenz, D., Wobrock, T., & Zielasek, J. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*, 84(3), 350–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3705-4>
- Großimlinghaus, I., Janssen, B., Philipp, M., Laux, G., & Gaebel, W. (2017). Qualitätsmanagement in der Psychiatrie. In H. J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (Band 2, S. 1339–1348). Springer Reference Medizin. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_56
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). (2019). Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen: Indikatorenset 1.2 (Stand: 31. Juli 2019). https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Indikatorenset-1.2_2019-07-31-barrierefrei.pdf (Zugriffsdatum: 15. Juli 2025)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG). (2024). Methodische Grundlagen. Version 2.1. <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/methodische-grundlagen/> (Zugriffsdatum: 15.10.2025)
- Lehmann, I., Zielasek, J., Blumenröder, T., Engemann, S., Vrinssen, J., Gaebel, W., Banger, M., Grümmer, M., Janssen, B., Marggraf, R., Muysers, J., Rinckens, S., Scherbaum, N., Supprian, T., Tönnesen-Schlack, A., Mennicken, R., Wenzel-Jankowski, M., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2023). Development and implementation of quality indicators in a group of nine psychiatric hospitals. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 182-183, 8–16. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.09.003>
- Nothacker, M., Muche-Borowski, C., & Kopp, I. B. (2014). 20 Jahre ärztliche Leitlinien in Deutschland - was haben sie bewirkt? [Reflections on 20 years of clinical practice guideline programmes in Germany: what is their impact?]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(10), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.10.012>
- Ovretveit, J. (2005). What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? WHO Regional Office for Europe. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16608591/> (Zugriffsdatum: 17.10.2025)
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W. H., & Döbler, K. (2007). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren [QUALIFY--a tool for assessing quality indicators]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 101(10), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>
- Schnorr, M., Schäfer, T., & Welte, T. (2010). Leitlinien - Aktive Implementierung zeigt Wirkung. *DÄB*, 107(12), A541–A542.
- Steinert, T., Baumgardt, J., Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Cole, C., Flammer, E., Jaeger, S., Junghanss, J., Kampmann, M., Mahler, L., Muche, R., Sauter, D., Vandamme, A., Hirsch, S., (2023). Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in

psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. 35: 100770.
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100795>

9 Wichtige Forschungsfragen

In der vorliegenden Leitlinie wurde die vorhandene Evidenz zur Versorgung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht aufgearbeitet. Dabei wurden auch relevante Lücken bei der Evidenz identifiziert und auf dieser Basis wurden Forschungsbedarfe formuliert. Im vorliegenden Kapitel werden die aus Sicht der Steuergruppe wichtigsten bzw. dringlichsten Forschungsbedarfe zusammen mit ihrem Bezug auf die entsprechenden Empfehlungen hier zusammengefasst. Ziel ist dabei, die Evidenzbasis bei zentral wichtigen Aspekten der Versorgung von Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht zu verbessern. Hier wäre wichtig, dass Studien speziell für Personen mit der Doppeldiagnose konzipiert werden, angemessene Vergleichsinterventionen gewählt werden, eine ausreichend lange Studiendauer gegeben ist und ein hohe Ausscheidensrate von Studienteilnehmer*innen in der Nachbeobachtungszeit vermieden wird.

Kapitel 4: Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte

Kapitel 4.2: Versorgungsmodelle, Behandlungsprinzipien/Ziele der Behandlung

- Bezug zu Empfehlung 3: Es liegen Hinweise für eine Überlegenheit der integrierten Behandlung und Versorgung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht vor, die wissenschaftliche Evidenz ist allerdings schwach. Es ist jedoch davon auszugehen, dass seitens der Betroffenen, Angehörigen und anderer Bezugspersonen eine hohe Präferenz für eine integrierte Behandlung bestehen dürfte. In der Zusammenschau wurde deswegen eine schwache Empfehlung für das Angebot einer integrierten Behandlung „aus einer Hand“ formuliert. Zugleich wird hier ein wichtiger Forschungsbedarf gesehen. Es werden größere Studien benötigt, die das integrierte Behandlungsmodell mit setting- und sektorübergreifenden sowie aufsuchenden Elementen mit der Standardversorgung im deutschen Gesundheitssystem vergleichen.
- Bezug zu Empfehlung 4: Eine Behandlungscoordination (Case Management) zwischen den einzelnen Elementen und Settings der Behandlung ist aus Expert*innensicht hilfreich und sollte angeboten werden, wenn keine integrierte Behandlung möglich ist. Zugleich wird auch hier ein wichtiger Forschungsbedarf gesehen. Es werden Studien benötigt, die nicht nur das integrierte Behandlungsmodell, sondern auch Behandlungsmodelle mit einem Case Management untereinander sowie mit der Standardversorgung im deutschen Gesundheitssystem (sequentielle oder parallele Behandlung ohne Case Management) vergleichen.
- Bezug zu Empfehlung 5: Betroffene wie auch Angehörige und andere Bezugspersonen sprechen sich aufgrund der besseren Behandlungskontinuität deutlich für eine sektorübergreifende Behandlung aus. Diese kann im Bereich des Krankenhauses am ehesten durch eine enge Verzahnung der Arbeit von Stations- und Ambulanzteams realisiert werden. Eine vergleichbar enge Zusammenarbeit zwischen Stationsteams und Vertragsarztpraxen ist auch möglich, wenn auch organisatorisch aufwendiger. Die Professionellen sehen ebenfalls Vorteile in der sektorübergreifenden Behandlung, die wissenschaftliche Evidenz ist allerdings sehr schwach. Es liegt lediglich eine monozentrische Studie vor, die (geringe) Vorteile beschrieb, bei allerdings deutlichen methodischen Limitationen. Der organisatorische Aufwand der Implementierung einer

sektorübergreifenden Behandlung kann deutlich sein. In der Zusammenschau wurde deswegen eine neutrale Empfehlung für das Angebot einer sektorübergreifende Behandlung formuliert. Zugleich wird auch hier ein Forschungsbedarf gesehen.

Kapitel 4.3: Rehabilitation

- Bezug zu Empfehlung 8: Es gibt bundesweit einige wenige Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation, die sich auf die Gruppe von suchtkranken Menschen mit komorbider Psychose spezialisiert haben und somit auch dem integrierten Ansatz bei der Behandlung folgen. Es konnten keine vergleichenden Datenauswertungen oder Studien identifiziert werden, die einen Vorteil dieser Spezialisierung hinsichtlich Patientenzufriedenheit und Outcomes belegen. Allerdings berichten sowohl Professionelle als auch Betroffene und Angehörige von besseren Erfahrungen mit diesen spezialisierten Reha-Einrichtungen. Ferner scheint es aus Expertensicht plausibel, dass sich mehr Erfahrung und damit auch Kompetenzen der Teams im Umgang mit dieser Gruppe von Betroffenen positiv auf die Qualität der Behandlung auswirken dürften. In der Zusammenschau wurde deswegen trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz eine schwache Empfehlung für das Angebot einer Sucht-Reha formuliert. Zugleich wird hier ein Forschungsbedarf gesehen.

Kapitel 4.4: Prävention

- Derzeit liegen keine spezifischen Studien zur Wirksamkeit präventiver Interventionen bei Personen mit einer bestehenden psychotischen (ICD-10 F2) oder bipolar affektiven Störung (ICD-10 F30/F31) und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung (ICD-10 F1-Diagnose) vor. Ebenso existieren keine Studien, die bei einer bestehenden Substanzgebrauchsstörung die Entwicklung einer psychotischen oder einer bipolar-afektiven Störung untersuchen. Hier besteht Forschungsbedarf für prospektive Langzeituntersuchungen.

Kapitel 5: Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren

Kapitel 5.1: Pharmakotherapie

- Bezug zu Empfehlung 12-16: In der vorliegenden Leitlinie werden Empfehlungen zur Anwendung von Antipsychotika im Hinblick auf Suchtdruck und Substanzkonsum gegeben. Aufgrund der limitierten Evidenz dieser Empfehlungen wäre es notwendig, in Studien mit größeren Fallzahlen die Differentialindikation der Antipsychotika hinsichtlich ihrer Effekte auf die Suchterkrankung bei Personen mit Psychosen zu untersuchen. Dabei sollten klinisch relevante Endpunkte wie Abstinenzraten und Abstinenzdauern sowie die Wirkungen auf die psychotische Symptomatik gewählt werden.

Kapitel 5.2: Somatische Verfahren

- Forschungsbedarf wird im Hinblick auf RCTs für weitgehend alle somatischen Verfahren, insbesondere auf die rTMS, gesehen. Dabei geht es vor allem um die Entwicklung optimierter Stimulationsprotokolle. Es sollten Studien mit ausreichend großen Studienpopulationen und ausreichend langer Nachbeobachtungszeit in Bezug auf die Wirkung auf Substanzkonsum und/oder die Symptome der psychotischen/bipolaren Störung.

Kapitel 6: Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

Kapitel 6.2: Motivationale Interventionen / MI

- Bezug zu Empfehlung 26: In der Zusammenschau können positive Effekte der Motivierenden Gesprächsführung auch bei abhängigkeiterkrankten Menschen mit der Komorbidität einer Psychose wissenschaftlich belegt werden. Ein Forschungsbedarf wird hinsichtlich der „Therapiedosis“ und Gesamtdauer der Intervention sowie insbesondere zur Effektivität von Boostersitzungen im Behandlungsverlauf gesehen.

Kapitel 6.4: Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen

- Bezug zu Empfehlung 31: In der Zusammenschau erscheint die Wirksamkeit von Familieninterventionen bei Menschen mit Psychose und komorbider substanzbezogener Störung gesichert. Trotzdem besteht Forschungsbedarf bezüglich der Unterscheidung unterschiedlicher Interventionen und Modifikationen, sowie insbesondere bezüglich der Dauer und Intensität der Intervention. Weitere relevante Aspekte bei künftigen klinischen Studien umfassen die Definition und Planung der Kontrollintervention und die Beobachtungsdauer.

Kapitel 6.11: Komplexe Therapieprogramme

- Bezug zu Empfehlung 35: Die Studienergebnisse sprechen dafür, dass komplexe Behandlungsprogramme mit motivierenden, psychoedukativen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und familientherapeutischen Elementen erfolgsversprechend sind, dass sie aber eine gewisse „Gesamtdosis“ an Sitzungen und ausreichend Zeit benötigen. Eine Verdichtung der Inhalte auf wenige Sitzungen in relativ kurzer Zeit scheint nicht sinnvoll zu sein. Wichtig erscheinen schließlich die individuelle Anpassung und Berücksichtigung des jeweiligen Motivationsstadiums der Patient*innen bei der Durchführung der einzelnen Interventionen. Die wichtige Frage nach der optimalen „Dosis“, Dauer und Zusammensetzung komplexer Interventionen für Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann jedoch auf Basis der vorliegenden begrenzten Evidenz nicht sicher beantwortet werden. In diesem Bereich sieht die Leitliniengruppe einen wichtigen Forschungsbedarf.

Kapitel 7: Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen

Kapitel 7.2: Weitere somatische Komorbiditäten

- Für die spezifische Frage, welche evidenzbasierten Interventionen bei Komorbidität von Psychose und Suchterkrankung zur Verbesserung der somatischen Gesundheit beitragen können, liegt bislang nur eine sehr begrenzte Studienlage vor. Es besteht ein Forschungsbedarf für kontrollierte klinische Studien mit Langzeitbeobachtung in der Gruppe der komorbid an Suchterkrankungen und Psychosen erkrankten Menschen, um die präventive Wirkung von pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen auf Endpunkte wie das Eintreten eines Diabetes mellitus oder von Herz-Kreislaufkrankungen sowie auf die Lebensqualität und die Mortalität zu untersuchen. Umgekehrt gibt es auch Forschungsbedarf zur Klärung der Frage, inwiefern eine effektive Therapie der psychischen Erkrankung die Prognose komorbider soma-

tischer Erkrankungen bessern kann. Hierzu wären im ersten Schritt versorgungsepidemiologische Untersuchungen an großen Kohorten mit entsprechender Komorbidität von Suchterkrankung, Psychose und somatischer Erkrankung sinnvoll.

Kapitel 7.7: Behandlung im forensischen Setting

- Bezug zu Empfehlung 43 und 44: Forschungsbedarf besteht zu Fragen der optimalen Vorgehensweise zur gesellschaftlichen Reintegration nach Entlassung aus Einrichtungen des Maßregelvollzugs und der Prävention künftiger Fremdaggression sowie künftiger Straftaten. Da randomisierte kontrollierte Studien in diesem Setting kaum möglich sind, wären wissenschaftliche Begleitevaluationen bei pragmatischen Implementierungsstudien wahrscheinlich ein nächster Schritt.

10 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

10.1 Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in

Projektleitung:

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) - Sparte Forschung
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Tel: 0221 8993629

Leitlinienbüro:

LVR-Institut für Forschung und Bildung – Sparte Forschung
Leitlinienbüro LL-KoPsS
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
LLKOPSS@lvr.de

Folgende Personen waren Mitglieder des Leitlinienbüros und somit maßgeblich am Prozess der Leitlinienentwicklung beteiligt:

- Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Projektleitung)
- Hanna Betzing
- Dr. Isabell Lehmann
- Hannah Liebermann-Jordanidis
- Prof. Dr. Jürgen Zielasek

10.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die Leitliniengruppe wurde repräsentativ für den Anwenderkreis der Leitlinie zusammengestellt.

Die Zusammensetzung der Steuergruppe sowie der Einbezug von fachlichen Expert*innen wurden von den federführenden Fachgesellschaften festgelegt (siehe Tabelle 2 und 3). Die Steuergruppe wurde dialogisch zusammengesetzt, um alle Perspektiven zu berücksichtigen.

Tabelle 1: Mitglieder der Steuergruppe

Steuergruppe		
Fachgesellschaft (FG), Verband	Abkürzung	Name

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	BApK	Siegfried Haller
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen	DGBS	Prof. Dr. Martin Schäfer
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Betroffenenvertretung	DGBS	Nadja Stehlin
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	DGS	Prof. Dr. Ulrich Preuss
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	DG-Sucht	Prof. Dr. Falk Kiefer
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Leitlinienbüro	DGPPN	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Leitlinienbüro		Dr. Isabell Lehmann
Leitlinienbüro		Prof. Dr. Jürgen Zielasek

Tabelle 2: Mitglieder der Expert*innengruppe

Expert*innengruppe	
Name	Bereich
Prof. Dr. Andreas Bechdorf	Prävention/Früherkennung/Frühintervention, Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen
Dr. Uta Gühne	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen
Prof. Dr. Dusan Hirjak	Diagnostik
Prof. Dr. Stefan Leucht	Psychopharmakotherapie, Systematische Reviews/Meta-Analysen
Prof. Dr. Jürgen Müller	Forensische Psychiatrie
Prof. Dr. Hans Joachim Salize	Gesundheitsökonomie
Prof. Dr. Rainer Thomasius	Transition/junge Erwachsene

In der Auftaktsitzung wurde die Zusammensetzung der Leitliniengruppe vorgestellt und auf Repräsentativität überprüft. Daraufhin wurden weitere Organisationen, v.a. Angehörigen- und Betroffenenvertretungen, zur Beteiligung an der Leitliniengruppe angefragt, um eine Gleichgewichtung der Berufsgruppen zu erzielen und die Perspektiven von Angehörigen und Betroffenen stärker in den Entwicklungsprozess der Leitlinie einzubringen. Resultierend wurden im Laufe des Leitlinienprozesses folgende Fachgesellschaften nachmandatiert:

- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Gesellschaft für Neuropsychologie
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit
- Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V.

Eine detaillierte Auflistung aller teilnehmenden Fachgesellschaften/Organisation mit den jeweiligen Mandatsträger*innen sowie Stellvertretungen kann Tabelle 4 entnommen werden. Kam es während

des Leitlinienprozesses zu zwischenzeitlichen Wechseln bei den Mandatsträger*innen oder deren Stellvertretungen, so ist dies entsprechend in der Tabelle vermerkt.

Zu Beginn der Leitlinienentwicklung wurde in der Steuer- und Expert*innengruppe vorgeschlagen, dass sowohl die federführenden Fachgesellschaften DGPPN und DG-Sucht als auch die DGBS jeweils zwei Hauptmandate erhalten. Die DGBS wurde aufgrund ihrer trialogischen Zusammensetzung besonders berücksichtigt. Dieses Vorhaben wurde, nach Rücksprache mit der AWMF, in der Sitzung der Leitliniengruppe am 17. Januar 2023 erläutert, von der Gruppe befürwortet und anschließend konsentiert. Folglich hatten die DGPPN, die DG-Sucht sowie die DGBS jeweils zwei Mandate (siehe Tabelle 3). Die DGBS wurde durch ein ärztliches Mandat und ein Mandat für die Repräsentation der Betroffenen vertreten.

*Tabelle 3: Mandatsträger*innen der Fachgesellschaften /Organisationen*

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)	Prof. Dr. Andreas Bechdorf	
Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. (ARWED e.V.)	Dr. Christiane Erbel (ab 13.04.23)	Regina Koch (ab 17.08.23) Maria Bader (13.04. - 17.08.23)
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)	Patric Driessen	Lien Heck (ab 11.01.23)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	Siegfried Haller	
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Prof. Dr. Wolfgang Jordan	Prof. Dr. Florian Metzger (ab 24.09.24)
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e.V. (BFLK)	Silke Ludowisy-Dehl	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk)	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Tina Wessels Sona Gazer (11.06.2025)
Bundesverband Suchthilfe e. V. (BUS.)	Dr. Elke Sylvester	Sebastian Winkelkemper (31.01.23-21.07.25)
Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	Dr. Sabine Köhler	Dr. Doris Augustin-Reuß (ab 15.04.24) Dr. Christa Roth-Sackenheim
Bundesverband Deutscher Psychiater (BVDP)	Dr. Doris Augustin-Reuß (ab 28.01.25) Dr. Christa Roth-Sackenheim	Dr. Christa Roth-Sackenheim (ab 28.01.25) Dr. Sabine Köhler (1.10.22 - 28.01.25)

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
	(1.10.22 - 28.01.25)	
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP)	Dr. Reinhard Martens	Benedikt Waldherr
Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	Prof. Dr. Stefan Klingberg	Prof. Dr. Christiane Montag
Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)	PD Dr. Dipl. chem. Thomas Polak	
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 1. Mandat	Prof. Dr. Martin Schäfer	
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 2. Mandat	Nadja Stehlin	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	Prof. Dr. Oliver Fricke	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Yulia Golub (ab 29.07.25) Prof. Dr. Rainer Thomasius (1.10.22-29.07.25)	
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Andrea Rastinger	
Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. (DGPE)	Dr. Rainer Holzbach	Dr. Matthias Bender
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 1. Mandat	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	Prof. Dr. Stefan Leucht
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2. Mandat	Prof. Dr. Dusan Hirjak (ab 25.10.22)	Prof. Dr. Jürgen Zielasek
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Prof. Dr. Anya Pedersen	Prof. Dr. Tanja Endrass (ab 03.03.23)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	Prof. Dr. Christiane Montag	Prof. Dr. Dorothea von Haebler
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Prof. Dr. Ulrich Preuss	
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)	Andreas Gantner	
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	Dr. Martin Reker	

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DG SPS e.V.)	Dr. Gallus Bischof	Dipl. Psych. Nikolaus Lange (ab 05.04.23)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) 1.Mandat	Prof. Dr. Falk Kiefer	PD Dr. Christian Weinland (ab 13.03.23)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) 2. Mandat	Prof. Dr. Thomas Hillemacher (ab 13.03.23)	PD Dr. Anne Koopmann (ab 13.03.23)
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)	Dr. Astros Chatziastros (ab 16.03.23)	Dr. Christina Jochim (ab 9.06.24)
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	Andreas Pfeiffer	Werner Höhl (ab 6.12.24) Gesa Döringer (1.10.22-6.12.24)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Dr. Franz Begher	Prof. Dr. Rita Hansjürgens
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)	Prof. Dr. Irmgard Vogt (ab 9.03.23)	
Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)	Sebastian Kötter (ab 14.02.23)	
Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NETZ-G)	Franz-Josef Wagner (ab 17.07.23)	Christian Waas (ab 27.08.23)

Zur Erarbeitung der Kapitelinhalte und der Formulierung von Empfehlungen wurden themenspezifische Arbeitsgruppen (AGs) gebildet (siehe Tabelle 5). Hierzu wurde erstmals in der Leitliniensitzung am 23. März 2023 dazu eingeladen, den themenspezifischen AGs beizutreten. Die Aufteilung der AGs richtete sich nach dem Inhalt der Leitlinie, einzelne Kapitel wurden aufgrund des Umfangs in mehrere AGs unterteilt (siehe Tabelle 5). Die Teilnahme an den AGs war freiwillig. Die jeweiligen AG-Leitungen wurden aufgrund ihrer Expertise und unter Berücksichtigung ihrer Interessenkonflikterklärungen vorab angefragt und sind in der Tabelle in fetter Schriftart hervorgehoben. Jede AG wurde durch eine Person aus dem Leitlinienbüro für methodische Fragen und Aspekte unterstützt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen haben die Entwürfe der jeweiligen Kapitel verfasst. Am Ende des Leitlinienprozesses wurden die Texte durch das Leitlinienbüro redaktionell überarbeitet.

Tabelle 4: Zusammensetzung der themenspezifischen AGs

AG Nr. und Kapitelthema	Mitglieder (Leitungen fett markiert)
1 & 2: Geltungsbereich und Zweck, Allgemeine Grundlagen	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Dr. Sabine Köhler

	Nadja Stehlin
3: Diagnostik, Früherkennung	Prof. Dr. Dusan Hirjak Sebastian Koetter Prof. Dr. Andreas Bechdorf Dr. Christiane Erbel Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek
4: Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte	Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Nadja Stehlin Dr. Elke Sylvester Dr. Christiane Erbel Franz-Josef Wagner Dr. Gallus Bischof
5: Therapie – Spezielle Aspekte: Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren	Prof. Dr. Martin Schäfer Prof. Dr. Jürgen Zielasek PD Dr. Dipl. chem. Thomas Polak Prof. Dr. Stefan Leucht Dr. Christiane Erbel Dr. Rainer Holzbach
6: Therapie – Spezielle Aspekte: Psychotherapie und psychosoziale Interventionen	
6a) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (Kap. 6.1) • Motivationale Interventionen / MI (Kap. 6.2) • Kognitive Verhaltenstherapie und weitere VT-Ansätze (Kap. 6.3) • Psychodynamische oder psychoanalytische Therapie (Kap. 6.5) • Training sozialer Fertigkeiten (Kap. 5.6) • Kognitive Remediation (Kap. 6.7) • Gesprächspsychotherapie, supportive Psychotherapie (Kap. 6.8) • Komplexe Therapieprogramme (Kap. 6.14) 	Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Hanna Betzing PD Dr. Christiane Montag Dr. Franz Begher Dr. Astros Chatziastros Siegfried Haller Patric Driessen Lien Heck Nadja Stehlin Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Andreas Bechdorf Dr. Gallus Bischof
6b) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen (Kap. 6.4) • Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie (Kap. 6.12) • Selbsthilfe, Genesungsbegleitung (Kap. 6.13) 	Dr. Uta Gühne Dr. Isabell Lehmann Andreas Gantner Dr. Franz Begher Siegfried Haller Prof. Dr. Rita Hansjürgens Silke Ludowisy-Dehl PD Dr. Christiane Montag Nadja Stehlin Prof. Dr. Irmgard Vogt Franz-Josef Wagner

	Christian Waas Dr. Gallus Bischof
6c) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie (Kap. 6.9) • Künstlerische Therapien (Kap. 6.10) • Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze (Kap. 6.11) 	Dr. Uta Gühne Hanna Betzing Dr. Astros Chatziastros Lien Heck Patric Driessen PD Dr. Christiane Montag Andreas Pfeiffer Franz-Josef Wagner Dr. Christiane Erbel
7. Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen	
7a) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Erregungszustände/Aggressivität (Kap. 7.1) • Weitere somatische Komorbiditäten (Kap. 7.2) 	Prof. Dr. Dusan Hirjak Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek
7b) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Jugendalter (Kap. 7.3) • Ersterkrankte (Kap. 7.4) • Höheres Lebensalter (Kap. 7.5) • Geschlechtsspezifische Aspekte (Kap. 7.6) 	Prof. Dr. Dusan Hirjak Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Rainer Thomasius Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek Andreas Gantner Prof. Dr. Oliver Fricke Dr. Christiane Erbel Siegfried Haller
7c) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit (Kap. 7.7) • Behandlung im forensischen Setting (Kap. 7.8) 	Prof. Dr. Jürgen Zielasek Prof. Dr. Rita Hansjürgens Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Jürgen Müller Dr. Christiane Erbel
8. Qualitätssicherung	Dr. Isabell Lehmann Siegfried Haller
Methodische Beratung der AGs	Hanna Betzing Dr. Isabell Lehmann Hannah Liebermann-Jordanidis

10.3 Patient*innen/Bürger*innenbeteiligung

Die Repräsentation der Betroffenen und Angehörigen wurde in der Leitlinie durch die Mandate der folgenden Fachgesellschaften/Interessenverbände gewährleistet:

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) (Betroffenenvertreterin)
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NETZ-G)

- Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. (ARWED e.V.)

Neben der Leitliniengruppe wurden auch die einzelnen themenspezifischen AGs (siehe Tabelle 5) möglichst dialogisch zusammengestellt.

10.4 Methodische Begleitung

Die Leitliniengruppe wurde durch Prof. Dr. Ina Kopp und Dr. Monika Nothacker von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) methodisch beraten. Den Konsensusprozess hat das AWMF-IMWi neutral moderiert, namentlich durch Prof. Dr. Ina Kopp und in Vertretung durch Frauke Schwier.

11 Verwendete Abkürzungen

Tabelle 5: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACT	Assertive Community Treatment (aufsuchende Behandlung)
AGs	Arbeitsgruppen
aHR	Adjustierte Hazard Ratio
AMHWs	Aboriginal Mental Health workers
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWMF-IMWi	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Institut für Medizinisches Wissensmanagement
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BIÖG	Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BSABS	Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms
BSIP	Bonn Scale for the Assessment of Intermediary Psychopathology
BTSAS	Behavioral Treatment of Substance Abuse in Schizophrenia
CAP	Cannabis and Psychosis Therapy
CAARMS	Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States
CDT	Clock Drawing Test (Uhren-Test)
CERAD-Plus	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease – Plus Version
CET	Cognitive Enhancement Therapy (Kognitive Remediation)
CGI	Clinical Global Impressions Ratings
CM	Contingency Management (Kontingenzmanagement)
CPR	Contracting, prompting and reinforcing (Adhärenz-unterstützende Intervention)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision
DSM-5-TR APS	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision – Attenuated Psychosis Syndrome
DUDIT	Drug Use Disorder Identification Test
ECA	Epidemiologic Catchment Area
ED	Brief Family Education (Familie ausgerichtete psychoedukative Maßnahme)
EK	Expert*innenkonsens
EKG	Elektrokardiogramm
EMH	E-Mental-Health-Interventionen

EPA	Guidance der European Psychiatric Association
EPMS	extrapyramidalmotorische Symptome
ERiraos	Early Recognition Inventory – Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia
EtD	Evidence to Decision Framework („Evidenz zur Entscheidung“)
FG	Fachgesellschaft
FIDD	Family Intervention for Dual Disorders
FMI	Family Motivational Intervention
GAF	Global Assessment of Functioning (allgemeines Funktionsniveau)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQR	Interquartile Range
KAPQ	Knowledge About Psychosis Questionnaire
KI	Konfidenzintervall
KSVPsych-Richtlinie	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KVT+MI	Kognitive Verhaltenstherapie mit Motivierender Gesprächsführung kombiniert
LVR-IFuB	LVR-Institut für Forschung und Bildung
Manual FIPA	Familienintervention bei Menschen mit Psychose und Abhängigkeitserkrankung
Manual GOAL	Gesund und ohne Abhängigkeit leben
Manual KomPAkt	Komorbidität Psychose und Abhängigkeit
MCP	Motivational care planning (Kurzintervention mit motivierenden und KVT-Elementen)
MD	Mean difference (mittlerer Unterschied)
MI	Motivational interviewing (motivierende Gesprächsführung)
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
NHS	National Health Systems
NICE	The National Institute for Health and Clinical Excellence
OR	Odds Ratio
PANSS	Positive and negative symptom scale
PreVCo	Prevention of Violence and Coercion
QOLI	Quality of life (allgemeine Lebenszufriedenheit)
RCT	Randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)

RFS	Routine Family Support
RR	Relatives Risiko
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
SANS	Scale for the Assessment of Negative Symptoms
SDS	Severity of Dependence Scale
SF-36	Short Form -36 Health Survey
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SIPS	Structured Interview for Prodromal Syndromes
SMD	Standardisierte mittlere Differenz
SMI	Severe Mental Illness (schwere psychische Erkrankung)
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
SPI-A	Schizophrenia Proneness Instrument – Adult Version
SPI-CY	Schizophrenia Proneness Instrument – Child and Youth Version
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
TAU	Treatment as usual
tDCS	Transcranial direct current stimulation (transkranielle Gleichstromstimulation)
VT	Verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	XX/XX/XXXX
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	26/11/2025
Nächste Überprüfung geplant:	01/08/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online